LEÇONS

SUR LES

MALADIES DU LARYNX

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DU LARYNX

FAITES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

(COURS LIBRE)

PAR LE

Dr E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie, Otologie et Rhinologie ;
Directeur et fondateur de la *Revue de Laryngologie*, etc.

RECUEILLIES ET RÉDIGÉES

Par le Dr M. NATIER

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DU DOCTEUR E. J. MOURE

ET REVUES PAR L'AUTEUR

(Avec des figures en noir dans le texte)

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, place de l'Odéon, 8

1890



INTRODUCTION

Agée de trente ans à peine, la laryngoscopie a déjà su prendre un rang honorable à côté de ses sœurs aînées : l'otologie et l'ophtalmologie; toutefois il faut bien reconnaître que longtemps nous sommes restés, à cet égard, tributaires de l'étranger, puisque depuis déjà plus de quinze ans, les traductions d'ouvrages anglais ou allemands constituent à peu près seuls notre bagage littéraire dans cette importante partie de la science. C'est d'abord pour réagir contre cette tendance d'aller demander aux autres ce que nous trouvons chez nous, tendance à laquelle j'ai, du reste, succombé moi-même au début de ma carrière, que je publie mes leçons faites à la Faculté de Médecine de Bordeaux durant ces dernières années. C'est aussi pour présenter un livre pratique sur les maladies du larynx que j'ai réuni dans un même volume les résultats de mon expérience de douze années, tout en insistant particulièrement sur la partie clinique de chaque affection.

J'ai tenu, avant tout, à faire un livre utile aux médecins généraux se trouvant chaque jour aux prises avec les difficultés de la pratique, et ne sachant pas toujours ce qui pourrait être utile ou nuisible dans une maladie déterminée de l'organe vocal.

Aussi ai-je cru devoir adjoindre à mon ouvrage, tantôt l'image typique de quelques lésions laryngées, et tantôt la forme d'instruments spéciaux utilisés en laryngoscopie, ou même des formules m'ayant donné des résultats satisfaisants dans le traitement de certaines manifestations morbides de la muqueuse laryngée.

C'est dans ce même but que j'ai fait précéder chaque leçon d'un sommaire, dans lequel le lecteur trouvera un résumé succinct, une sorte de canevas de la leçon tout entière et de la manière dont elle est exposée.

Si j'ai présenté plusieurs chapitres sous une forme un peu spéciale, ou si j'ai décrit quelques laryngopathies mal connues jusqu'à ce jour, c'est pour insister sur leur étude. Le lecteur voudra bien me pardonner certaines digressions scientifiques; quelques-unes étaient nécessaires vu l'importance du sujet : telles par exemple, la laryngite œdémateuse aiguë, l'exposé du coryza atrophique (ozène) et de la pharyngite sèche qui précèdent l'étude de la maladie décrite sous le nom de laryngite sèche, les différents modes de traitement de la tuberculose laryngée, la discussion sur les paralysies et les contractures des muscles du larynx, sur l'existence d'un centre cortical, etc., etc.

Une étude préliminaire sur l'importance de la laryngoscopie et les services qu'elle peut rendre m'a semblé devoir faire l'objet de la première leçon. J'ai éliminé à dessein l'anatomie de la région vocale que l'on trouve

exposée, avec plus ou moins de détails, dans tous les livres classiques, me réservant de rappeler brièvement la physiologie musculaire du larynx en abordant l'étude des paralysies. Il m'a ensuite paru naturel de faire rentrer les hémorragies laryngées dans les troubles de la circulation, au lieu de les décrire sous le nom de laryngite hémorragique comme l'ont fait quelques auteurs.

De même à propos des troubles vocaux consécutifs à l'inflammation catarrhale aiguë de la muqueuse vocale, j'ai admis l'existence de désordres musculaires particuliers sur lesquels, on avait peu ou pas insisté jusqu'à ce jour.

Acceptant les idées nouvelles sur la scrofule, j'ai considéré le lupus du larynx comme une forme de laryngite tuberculeuse à bacilles rares. Enfin, j'ai pensé, à propos des spasmes, devoir adopter une division, nouvelle je crois, afin d'en faire un exposé plus clair, et par conséquent en faciliter l'étude.

Pour mieux faire saisir les différentes phases de chaque maladie, l'enchaînement des subdivisions que chacune d'elles peut comporter, et surtout pour donner à cette étude une cohésion plus intime, j'ai souvent réuni plusieurs leçons dans un même chapitre.

Si parfois je suis en contradiction avec les opinions reçues ou exposées dans les ouvrages classiques de pathologie, j'ai toujours basé ma manière de voir sur l'examen du malade, sur l'observation des faits et les résultats obtenus par les différents modes de traitement employés.

Je dois, avant de terminer ces quelques considérations, remercier M. le Dr Natier, mon ancien chef de clinique, de tout le soin qu'il a apporté à la rédaction

de ces leçons, et du zèle qu'il a mis à accomplir cette tâche délicate, mais qu'il a su mener à bonne fin.

Ce livre était déjà en grande partie tiré ou sous presse lorsque parut dans notre ville l'épidémie qui a parcouru toute l'Europe : la *Grippe* ou *Influenza*. Il m'a été donné d'observer alors un nombre si considérable de complications typiques de cette affection, que j'ai cru devoir en faire une leçon spéciale que M. le Dr Lacoarret a bien voulu rédiger. Je l'ai placée tout naturellement à la fin de ce volume, à la suite des complications des fièvres éruptives.

Dr E. J. MOURE.

Bordeaux, le 15 avril 1890.

PREMIÈRE LEÇON

Importance de la laryngoscopie.

SOMMAIRE. — Importance du laryngoscope en médecine générale, basée sur la situation anatomique de l'organe vocal. — Principales applications du laryngoscope ; son utilité pour établir le diagnostic de plusieurs affections des organes voisins ou des lésions plus éloignées (maladies du cerveau, de la moelle, etc.). — Le miroir laryngien est indispensable pour reconnaître et traiter toutes les maladies de l'organe de la voix. — Il sert à poser les bases de la trachéotomie.

MESSIEURS,

Avant d'entrer de plain-pied dans l'étude des maladies du larynx, je ne puis m'empêcher de vous démontrer l'importance qu'il y a pour tout praticien à savoir manier le miroir laryngoscopique. Si l'on trouve en effet dans le larynx, comme dans tous les autres organes, des questions difficiles à trancher, des opérations délicates à faire, qui exigent une pratique journalière, il est, par contre, certains points de la pathologie générale que seul l'examen laryngoscopique nous permettra de résoudre ; c'est pour ce motif, surtout, que vous devez savoir manier le miroir, et acquérir l'expérience nécessaire pour arriver à ce résultat.

Si vous voulez bien vous rappeler la situation du larynx dans la région moyenne antérieure du cou ; ses rapports : en

haut avec les premières voies digestives et la paroi inférieure du pharynx; en arrière avec l'œsophage; sur les côtés, avec le corps thyroïde, la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique; en bas, avec la trachée, et par son intermédiaire avec les ganglions du cou et ceux du médiastin.

Si vous avez présent à la mémoire le trajet des nerfs moteurs du larynx (récurrents) : l'un, le droit, croisant la sous-clavière; l'autre, le gauche, passant sous la crosse aortique, vous comprendrez aisément que sur l'organe vocal puisse retentir une lésion parfois minime des parties que je viens d'énumérer.

Supposons, en effet, pour prendre un exemple, un malade se présentant à nous avec de la dysphonie ou de l'aphonie, une toux sèche et quinteuse; nous pratiquons l'examen du thorax et nous ne trouvons aucun signe bien net nous donnant la clef des phénomènes observés : avec la laryngoscopie au contraire, nous constatons une paralysie de la corde vocale inférieure gauche en position vocale (adduction) ou cadavérique, et de suite nous songeons à une lésion du récurrent dans son trajet. Les cas d'anévrysme de l'aorte ou de tumeurs du médiastin ainsi découverts par l'examen laryngoscopique, alors qu'on ne songeait nullement à cette affection, sont aujourd'hui très nombreux dans la science et devenus des faits classiques.

Il n'est même pas besoin de l'existence de troubles vocaux pour mettre sur la voie du diagnostic, car il arrive très souvent, quelques auteurs disent même toujours, qu'au début, la corde paralysée est sur la ligne médiane en position vocale, et la toux plus ou moins quinteuse est l'unique symptôme dont se plaint le malade; ici encore, le miroir vient lever tous les doutes et trancher la question de compression du récurrent.

Ce qui a trait aux anévrysmes de l'aorte, peut aussi se dire

des ganglions et des tumeurs des régions cervicale ou médiastine.

C'est ainsi, Messieurs, qu'il m'a été donné l'année dernière encore, de pratiquer un examen laryngoscopique qui eut pour résultat de faire naître chez moi l'idée d'une tumeur du médiastin, alors que le malade n'accusait aucun trouble de ce côté, et se plaignait d'un simple enrouement; les faits devaient me donner raison, car peu de temps après, l'évolution de la tumeur, venant faire saillie au-dessus du sternum, confirmait cette hypothèse. De même, certaines indurations du sommet du poumon droit n'ont pour signes révélateurs, au début, que des troubles de compression se manifestant du côté de la corde vocale correspondante.

Il n'est pas rare, chez les enfants, de rencontrer de la difficulté inspiratoire, un véritable cornage laryngien continu analogue à celui du croup, que l'on ne sait à quelle cause rattacher; on pourrait même parfois croire à l'existence du croup, d'œdème des replis ary-épiglottiques, alors qu'à l'examen laryngoscopique, on constate la présence d'une paralysie des muscles abducteurs avec tous les troubles dyspnéiques symptomatiques de cette lésion. Dans ces cas, il est de la dernière importance de porter un diagnostic exact d'où découleront le pronostic et le traitement. S'agit-il, en effet, d'un simple engorgement ganglionnaire, la médication intus et extra suffira pour faire disparaître le mal sans qu'il soit besoin de recourir à l'opération sanglante; de même que si la dyspnée est de nature inflammatoire, l'examen de l'organe établira les bases de la médication à instituer.

Dans les cas de tumeurs du cou, goîtres, néoplasmes malins avec adhérence des récurrents, tumeurs venant comprimer l'œsophage, etc., le laryngoscope pourra faire songer à une participation des nerfs laryngiens au processus morbide, d'où la plus grande prudence dans l'extirpation de ces tumeurs

si l'on veut, ainsi que cela doit être, du reste, ménager les nerfs importants impliqués dans les parties malades.

S'agît-il de corps étrangers, l'exploration digitale, autrefois et encore conseillée par quelques auteurs, peut devenir la source d'accidents très graves : accès de suffocation capables d'emporter le malade. Le doigt imprudemment placé dans l'arrière-gorge peut encore déplacer le corps du délit, le faire pénétrer dans les voies aériennes, s'il n'était qu'à l'entrée, ou lui faire franchir l'orifice glottique s'il était encore au-dessus des cordes vocales; autant de sources de dangers dont vous comprenez l'importance sans qu'il me soit besoin d'insister davantage. Avec le laryngoscope, au contraire, non seulement il sera beaucoup plus facile de constater la présence du corps étranger, mais vous pourrez aussi vous rendre compte de sa forme, ses dimensions, sa position, son enclavement, etc. ; cela, sans faire courir au malade le moindre danger.

Le diagnostic des affections centrales peut aussi parfois être élucidé par l'examen laryncoscopique, tandis que d'autres fois on a pu prédire l'apparition ultérieure de troubles généraux avec le miroir; c'est ainsi que MM. Féréol, Charcot, Krishaber, Cherschewsky, ce dernier dans un travail publié dans la *Revue de médecine* en 1881, ont pu citer des cas d'ataxie, où les premières manifestations symptomatiques avaient eu lieu au côté du larynx, se traduisant par de la suffocation, une toux nerveuse, etc. Sur treize observations que rapporte M. Cherschewsky, neuf fois il aurait existé des paralysies de l'une ou de l'autre corde vocale constatées directement.

Il est certain que nous devons nous garder de toute exagération, mais il n'est pas moins vrai qu'on doit avoir ces faits présents à la mémoire, si l'on veut à l'occasion pouvoir établir un diagnostic et surtout éviter des surprises désagréables.

Nous pouvons, dans le même ordre d'idées, ranger l'hystérie. Fréquemment, en effet, se présenteront à votre examen, des femmes, surtout jeunes, qui subitement auront perdu la parole. Gardez-vous de penser à une phtisie laryngée sous le vain prétexte que la malade est aphone, qu'elle éprouve de la dysphagie douloureuse, dit-elle, qu'elle semble abattue, fatiguée, amaigrie même; car, si vous examinez l'organe vocal, vous trouverez une simple paralysie d'un groupe musculaire ou d'un seul muscle même, avec intégrité de la muqueuse vocale. De ce simple examen résulte pour vous l'existence d'une névrose générale dont la première manifestation s'est faite du côté du larynx. Ces faits ne sont point rares, et rappelez-vous qu'ici l'erreur serait d'autant plus pénible pour vous qu'avec une seule séance d'électricité un confrère plus expérimenté pourrait immédiatement rendre la parole à une malade que vous auriez condamnée sans retour. Ce sont là des détails, mais leur importance ne saurait vous échapper, car de leur interprétation exacte peut dépendre pour vous le succès au début de la carrière.

En 1863, Ch. Fauvel signala au Congrès de Rouen des cas de mal de Bright où il avait vu l'œdème débuter par le larynx. Cet œdème blanc, intermittent, ayant envahi les replis ary-épiglottiques, fut démontré de nature albuminurique par l'analyse des urines. Après cet auteur, Gibb a eité également d'autres cas de mal de Bright avec œdème laryngé; mais il n'est que juste d'ajouter que sur 200 brightiques qu'il lui a été donné d'examiner, Morell-Mackenzie n'avait jamais, d'après son dire, rencontré un seul cas d'œdème laryngé.

Nous n'accorderons pas la même valeur à l'examen laryngoscopique dans les différentes fièvres éruptives : rougeole, variole, érysipèle, etc. ; ici, cet examen, du reste difficile à cause de l'état général du malade, n'offre d'intérêt que dans

quelques cas spéciaux alors que les troubles laryngiens prennent une importance inusitée.

Je crois, Messieurs, par ce qui précède, vous avoir suffisamment indiqué de quelle utilité pouvait être le miroir laryngien dans certaines affections ayant leur siège principal en dehors de l'organe de la voix. Mais là ne se borne pas ma tâche et je dois surtout vous montrer l'importance du laryngoscope dans les affections laryngées proprement dites.

Un symptôme que presque constamment vous rencontrerez dans les maladies propres au larynx, c'est la dysphonie ou l'aphonie. Il est de toute évidence qu'avec l'un de ces deux symptômes vous pourriez éprouver un embarras très légitime pour porter un diagnostic précis. De même, en effet, qu'un simple néoplasme bénin peut suffire à occasionner de la dysphonie, celle-ci peut encore reconnaître pour causes une foule de lésions : telles des ulcérations laryngées, — forme de dysphonie toute particulière, — des cicatrices intéressant aussi bien le larynx que l'œsophage et réciproquement; des adénites, des paralysies, des contractures. Fréquemment liée à l'aphonie et à la dysphonie, vous verrez encore se produire de la dysphagie qui sera occasionnée soit par une tumeur, soit par des troubles de la motilité ou de la sensibilité, ou bien encore par des ulcérations ou des cicatrices. Or, comment arriver à reconnaître ces diverses lésions sans le secours du laryngoscope ? Ne suffit-il pas de poser la question pour la résoudre, et je ne crois pas exagérer en ajoutant qu'il est impossible, sans le miroir, de faire le diagnostic d'une affection laryngienne sans s'exposer à des erreurs grossières; c'est ainsi que l'on traitera pour une laryngite chronique ou diathésique, un malade porteur de polypes de l'une des cordes vocales, et bien d'autres faits de ce genre que je ne puis vous signaler en détail.

Avant d'en finir avec les affections nécessitant un examen laryngoscopique, je dois vous montrer l'utilité de cet examen dans certains cas pouvant exiger la trachéotomie. Cette opération, l'une des plus dangereuses sinon la plus redoutable qu'il soit donné à un médecin de pratiquer, ne saurait être faite à la légère, et dans les cas douteux on doit s'entourer de tous les moyens capables de déterminer son opportunité d'abord et ensuite la façon dont elle doit être pratiquée. Jamais, en effet, en dehors de la diphtérie bien avérée, on ne devrait pratiquer la trachéotomie sans le secours du laryngoscope. Le premier danger auquel vous puissiez exposer votre malade, c'est de le trachéotomiser pour une affection qui eût pu guérir sans votre intervention. En second lieu, sur quel point de la trachée devra porter votre incision ? La chose est loin d'être indifférente. Supposez un malade avec tout le cortège symptomatique nécessitant une trachéotomie; que sans examen laryngoscopique préalable, vous alliez lui pratiquer l'opération renouvelée de Vicq d'Azir, la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; il se peut fort bien que vous tombiez dans une tumeur située à ce niveau et empêchant absolument l'introduction de votre canule ?

Que ferez-vous alors ? Je vois votre embarras et suffisamment il m'indique que si vous êtes jamais appelés à faire une trachéotomie, vous aurez soin à l'avance de constater autant que possible l'état de l'organe vocal et de la région sous-glottique à l'aide du laryngoscope. Ce dernier vous permettra donc d'établir les cas dans lesquels vous pourrez placer la canule dans l'espace crico-thyroïdien et ceux au contraire où il vous faudra de toute nécessité faire une trachéotomie inférieure.

Je crois, Messieurs, vous avoir fourni des indications suffisantes sur l'importance de la laryngoscopie pour qu'il ne soit pas besoin d'insister plus longuement sur les considé-

rations d'un ordre un peu général, mais qu'il m'a paru utile de vous fournir comme entrée en matière.

Je dois maintenant vous exposer le programme que j'ai l'intention de suivre dans l'étude des laryngopathies que nous allons faire ensemble durant cette année.

En premier lieu, sans avoir la prétention d'entrer dans des détails approfondis sur l'anatomie et la physiologie de l'organe de la voix, il m'a paru cependant obligatoire de vous montrer en leur temps à propos des paralysies, ces points fondamentaux dont l'étude nous permettra d'aborder avec beaucoup plus de fruit l'étude détaillée des troubles de la motilité de l'organe vocal.

Ensuite, bien que la partie consacrée à la pathologie du larynx soit déjà considérable par elle-même, force nous sera dans certains cas de faire quelques digressions sur les lésions pouvant intéresser le pharynx, la trachée et les fosses nasales, tant les rapports qui unissent ces différents organes sont intimes dans quelques cas.

Enfin, me proposant surtout de tirer des conséquences pratiques de chacune de ces leçons, je les ferai suivre d'exercices capables de vous familiariser avec l'étude du laryngoscope.

DEUXIÈME ET TROISIÈME LEÇONS

Application de la laryngoscopie.

SOMMAIRE : Description des différents appareils. — Miroirs français et étrangers. — Laryngoscopie par réfraction (méthode française, Moura, Fauvel, Krishaber); par réflexion (méthode étrangère). — Lumière de Drummond. — Lumière électrique. — Examen de l'arrière-gorge. — Application du miroir. — Différence entre les miroirs français et les miroirs étrangers. — Difficultés et obstacles à l'examen. — Auto-laryngoscopie. — Trachéoscopie. — Image du larynx et de la trachée. — Manœuvres et opérations laryngiennes. — Laryngo-fantômes.

MESSIEURS,

Sans avoir l'intention de vous retracer l'historique complet du laryngoscope, je tiens cependant à vous rappeler que si l'introduction du miroir laryngien dans la science ne date que de trente ans à peine, déjà en 1743 l'accoucheur français Levret avait songé à examiner l'organe vocal à l'aide d'un miroir. Comme il ne sut pas tirer de conséquences pratiques de son invention, les choses restèrent dans cet état. Après lui, Bozzini, Cagniard de Latour, Babington, Bennati, Avery, etc., pratiquèrent bien quelques examens à l'aide d'appareils compliqués, mais l'usage du laryngoscope ne se généralisa point. C'est à Liston et surtout à Garcia (1835), professeur de chant à Londres, que l'on s'accorde en général à

attribuer l'invention du laryngoscope. S'étant servi d'un miroir de dentiste pour examiner son propre larynx, il fut frappé de la netteté des choses qu'il vit et crut à cet égard devoir faire à l'Académie de Londres des communications qui du reste ne furent pas prises en grande considération. Plus de vingt ans après, en 1858, Türck (de Vienne) essaya également de voir l'organe vocal avec un miroir placé au fond de la gorge, mais, n'ayant pas réussi dans ses tentatives, il abandonna ce mode d'investigation. Un peu plus tard, Czermack (de Pesth), après s'être familiarisé avec l'emploi de cet instrument, parcourut toute l'Europe pour montrer combien il était facile, à l'aide de son miroir, d'examiner le larynx humain. Les expériences de cet auteur eurent un grand retentissement et l'on peut dire que de cette époque date la période laryngoscopique.

Une question de priorité s'est élevée entre Türck et Czermack, mais aujourd'hui elle est parfaitement tranchée et si l'on doit admettre que c'est au dernier de ces auteurs qu'est due la vulgarisation du laryngoscope, il n'est que juste de reconnaître que l'idée première appartient à Türck. En France les premières applications furent faites par MM. Moura-Bourouilhou et Ch. Fauvel.

Le premier de ces auteurs inventa même un pharyngoscope à lentille dont les instruments construits plus tard ne furent qu'une simple modification. Ch. Fauvel de son côté fit sa thèse inaugurale (1861) sur le laryngoscope et son emploi en médecine. Depuis cette époque, il n'y a guère de progrès à signaler dans la technique laryngoscopique elle-même.

Le miroir est toujours resté ce qu'il était dans les mains des promoteurs de la méthode. Toutefois, il convient de faire ici une remarque importante sur la manière dont est placé le miroir sur la tige qui le supporte. En effet, tandis qu'à l'étranger (Allemagne, Autriche, Amérique, Angleterre) l'angle formé

par le miroir rond ou ovale avec son support, est de 130 à 140 degrés; celui du miroir français carré et à pans coupés n'est que de 95 degrés, c'est-à-dire que ce dernier est à peu près placé à angle droit sur la tige qui le supporte. Le résultat de cette différence est que le miroir étranger doit être tenu comme une plume à écrire, tandis que le nôtre, au contraire, doit être saisi avec les quatre doigts en arrière et le pouce en avant comme l'indiquent les figures ci-jointes.



Fig. 1.
Position de la main et du miroir pendant la laryngoscopie (Moure).



Fig. 2.
Position de la main avec les miroirs étrangers.

En procédant autrement, vous vous exposeriez, lors de l'introduction du miroir dans la cavité buccale, à des frottements qui, par action réflexe, empêcheraient tout examen.

De même qu'il y a deux types de miroirs, il existe également deux méthodes d'éclairage que nous pouvons appeler l'une la méthode française, et l'autre la méthode étrangère. La première, adoptée par MM. Moura, Fauvel, Isambert, Krishaber et quelques autres praticiens, consiste dans l'emploi d'une lampe garnie d'une lentille plan-convexe, destinée à faire

converger les rayons lumineux en foyer au fond de la bouche du patient. Ce procédé exige entre le malade et l'observateur la présence d'une table étroite sur laquelle est placé l'appareil d'éclairage. Un écran préserve l'œil et le visage de l'observateur qui se trouve, dans ce mode d'examen, très rapproché

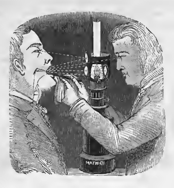


Fig. 3.
Laryngoscopie (Méthode française).

du foyer lumineux. C'est ce que l'on appelle la méthode par réfraction, à peu près abandonnée de nos jours.

Le second procédé, imaginé par Türck et Czermack, est à peu près universellement employé aujourd'hui; il a l'immense avantage d'être beaucoup plus simple et par conséquent d'un emploi plus facile; c'est le procédé dit par réflexion et qui consiste comme l'indique sa dénomination à réfléchir dans la bouche du malade à l'aide d'un miroir concave de 14 centimètres à 18 centimètres de diamètre, les rayons créés par

une source lumineuse aussi intense que possible. A cet effet, une lampe à huile ou à gaz, munie d'une lentille plan-convexe, dont la surface plane regarde la lumière, fournit un excellent éclairage pour tous les cas.

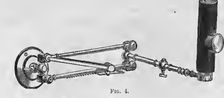


Fig. 4.
Appareil d'éclairage à crémaillère pour lampe à gaz ou à huile.

Quant au miroir réflecteur, il peut être fixé soit à la lampe à l'aide d'une tige horizontale (Tobold), soit au-devant du front (Fournié, Johnson), soit au-devant de l'œil qu'il abrite contre l'éclat de la lumière (Morell-Mackenzie, Lennox-Browne, et la plupart des spécialistes).

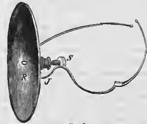


Fig. 5.
Miroir réflecteur avec monture de lunettes.

Faut-il ajouter qu'une articulation à noix permet au miroir de se mouvoir dans tous les sens, quel que soit le support sur

sur lequel il est fixé : bandeau frontal (Kramer, Duplay), branches de lunettes (Semeleder, Morell-Mackenzie, Lennox-Browne), etc. ?

Un troisième mode d'éclairage, celui-là employé surtout pour les démonstrations aux élèves, se fait au moyen de la lumière de Drummond ou électrique, qui, plus vive, permet un éclairage plus parfait.

M. le professeur Stoerck, de Vienne, emploie à cet effet un appareil autrefois recommandé par Türck, et qui consiste en un globe de verre de 15 centimètres de diamètre environ rempli d'eau et placé au-devant d'un foyer lumineux : c'est la boule des cordonniers, appareil fort lourd à manier et qui est loin de remplacer la lumière oxhydrique.

J'avais fait également construire un appareil de démonstration muni d'un système de lentille qui permettait l'emploi de la lumière du gaz ou d'une bonne lampe Carcel ; mais j'avoue avoir renoncé à ce mode d'éclairage pour démonstration, lui préférant encore la lumière oxhydrique, ou la lumière électrique lorsque cette dernière sera devenue d'un emploi beaucoup plus courant.

Ceci m'amène à vous parler du laryngoscope électrique de Trouvé en France et Leiter en Autriche. Dans ces appareils, le fil de platine, placé au-dessous d'un miroir laryngien métallique, projette, au moment du passage du courant, un faisceau lumineux intense dans la cavité laryngienne.

La seule différence entre les deux appareils consistait dans la présence d'un tube réfrigérant dans lequel s'écoulait un filet d'eau et que Leiter avait placé derrière son miroir pour l'empêcher de s'échauffer. Ces deux appareils, d'un emploi coûteux et peu commode, étaient à peu près abandonnés lorsque M. Hélot, de Rouen, présenta à l'Académie de médecine de Paris (17 avril 1883), un photophore électrique qui consistait en une petite lampe électrique, placée sur

le front de l'observateur et reflétant dans la gorge du patient le faisceau lumineux.

Cet instrument, très ingénieuse modification des appareils de Leiter, Trouvé, etc., ne saurait encore recevoir une appli-



Fig. 6.
Photophore de Hélot.

cation pratique à cause de sa délicatesse, de la dépense et de l'attirail qu'exige l'emploi de l'électricité.

Maintenant, Messieurs, que vous connaissez les instruments qui vous sont nécessaires pour appliquer la laryngoscopie et les meilleures conditions pour la pratiquer avec fruit, je vous dois quelques indications sur le manuel opératoire proprement dit.

Je commencerai d'abord par vous exposer la manière dont il vous faudra procéder pour examiner l'arrière-gorge de votre malade, inspection indispensable qui doit toujours précéder l'examen de la cavité laryngienne. Le malade étant assis en face du médecin, ce dernier l'invite à ouvrir doucement la bouche

sans soulever la langue qui doit demeurer accolée au plancher pour ne pas venir gêner l'examen. S'il en était autrement on pourrait en la comprimant sur les dents déterminer des réflexes rendant impossible toute exploration. Ceci fait, on dirige au fond de la gorge le faisceau lumineux, puis saisissant



FIG. 7. — Examen laryngoscopique (Méthode étrangère). — Disposition de la lumière, de l'observateur et du malade.

de la main gauche l'abaisse-langue on le porte sur le tiers antérieur ou au plus les deux tiers de cet organe qu'on déprime alors avec modération. Que si la langue se mettait en

dos d'âne, il ne faudrait pas chercher à la déprimer d'une seule fois, mais bien la fatiguer par de petites titillations auxquelles elle finit d'ordinaire par céder. Ce sont là des détails, il est vrai, mais je ne saurais trop y insister. Ainsi donc, ayez bien soin de ne pas faire saillir la langue hors de la bouche, et, en outre, évitez de la trop déprimer et de porter l'abaisse-langue sur son tiers postérieur.

A ce moment, la langue aplatie et immobilisée, le pharynx est à découvert et vous l'apercevez dans son entier, en faisant prononcer la voyelle *A*. Vous aurez alors soin de ne pas trop vous hâter à porter un diagnostic, car vous pourriez parfois vous exposer à des erreurs regrettables. C'est ainsi qu'au premier moment et, sous l'influence de l'effort, peut apparaître une congestion purement passagère qu'il faudrait bien se garder de confondre avec une congestion pathologique.

Nous arrivons maintenant à l'examen laryngoscopique qui comprend trois temps :

1° Bien placer le malade en avant du foyer lumineux sur un siège moins élevé que le vôtre et en face de vous, la tête renversée en arrière, lui faire ouvrir la bouche sans trop d'effort, saisir doucement entre le pouce et l'index de la main gauche avec un linge la langue que l'on tire au dehors en la comprimant avec modération pour ne pas déchirer le filet;

2° Cela fait, et la lumière projetée au fond du pharynx, au-devant de la luette, on chauffe préalablement le miroir pour éviter qu'il ne soit terni par la respiration du malade, et après avoir constaté sur le dos de la main ou sur la joue qu'il n'est pas trop chaud, on procède à son introduction dans la cavité buccale.

Si vous faites usage d'un miroir carré à pans coupés, construit en France, fait le plus probable, vous rappelant ce que je vous ai dit sur la manière dont sont soudés nos miroirs à la tige qui les supporte, vous saisirez le manche, non comme

une plume à écrire, mais entre le pouce et l'index et le médius, le manche placé du côté de la paume de la main, comme l'indique la figure 1 (p. 11).

De cette manière, la surface réfléchissante de votre miroir regardera en bas et pénétrera entre les arcades dentaires, parallèlement à la surface de la langue et de la voûte palatine, n'occupant ainsi que l'épaisseur de l'instrument, c'est-à-dire l'espace le plus restreint, pour ne toucher au passage ni les dents, ni la langue, ni la voûte palatine, conditions essentielles pour vous aider à réussir dans votre examen. Suivant toujours ainsi parallèlement l'espace compris entre le bord de la langue et la voûte du palais, vous arriverez jusqu'au niveau de la base de la luette que vous refoulerez doucement en haut et en arrière, faisant alors regarder la surface du miroir en bas et en avant vers la cavité laryngienne.

Si j'insiste sur cette particularité c'est que la plupart des traités de laryngoscopie ayant été publiés à l'étranger, on a reproduit en France le manuel opératoire sans tenir compte de la différence qui existe entre notre miroir laryngien et celui des autres pays.

Le miroir en place, vous priez le malade de prononcer la voyelle *E*; l'épiglotte se relève et il vous devient facile de pratiquer l'inspection de la cavité laryngienne. Il ne faudrait pas croire qu'il soit indifférent de prononcer n'importe quelle voyelle; en effet, tandis qu'en émettant le son *E* ou *I* le larynx vient s'offrir de lui-même à la vue de l'observateur et cela d'autant mieux que le son prononcé est plus aigu, vous aurez, au contraire, avec la voyelle *A* un abaissement de l'épiglotte et en même temps de tout le larynx dont la cavité semble se retrécir en partie, cachée qu'elle est par le resserrement de l'isthme du gosier; d'où parfois une impossibilité absolue d'apercevoir le larynx.

Il ne suffira pas de faire émettre un son au malade, mais il faudra le prier de faire une inspiration douce afin de pouvoir

bien vous assurer qu'il n'existe pas de troubles musculaires. L'inspiration devra être lente sans brusquerie pour éviter la

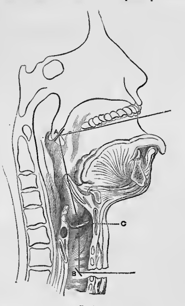


Fig. 8
Image montrant la marche des rayons lumineux pendant la laryngoscopie sus et sous-glottique.

A. Position du miroir repoussant la luette en haut et en arrière. — *B*. Position du miroir sous-glottique. — *C*. Corde vocale inférieure gauche.

production de réflexes qui vous empêcheraient de continuer votre examen.

Toutefois il faut bien savoir qu'il n'est pas toujours facile de voir la cavité laryngienne et il vous arrivera de rencontrer quelques obstacles rendant pénible ou impossible l'exploration de cet organe.

Un des premiers auquel vous vous butterez souvent, sera la peur qu'éprouvent les enfants et certains malades pusillanimes à la vue des instruments nécessaires à l'examen; et dans ce cas il vous faudra avec un peu de patience et de douceur gagner peu à peu la confiance de votre malade. Si la persuasion ne suffit pas, vous serez obligé, dans certains cas, d'examiner un malade déjà familier avec le laryngoscope pour servir d'exemple à votre sujet rebelle ou peureux.

L'atrésie de l'orifice buccal empêchant l'introduction du miroir laryngien pourra venir, dans quelques cas rares, vous créer des difficultés. Assez souvent, on voit la langue former une sorte de voûte et ne laisser qu'un étroit passage entre sa face supérieure et la portion inférieure du palais. Je me bornerai simplement à signaler, vu leur rareté, l'existence de tumeurs soit de la bouche, soit de la base de la langue, constituant des obstacles matériels parfois insurmontables surtout pour les débutants.

Dans ces deux cas vous tâcherez de maintenir la langue sur le plancher de la bouche, soit à l'aide d'un ouvre-bouche, soit avec l'abaisse-langue tenu de la main gauche Si cet organe résiste, vous tâcherez, à l'aide de pressions douces mais fréquentes, d'arriver en quelque sorte à fatiguer sa résistance et le déprimer peu à peu dans la position qui vous sera favorable pour faire votre examen.

La longueur de la luette qui reflète son image dans le miroir placé au fond de la gorge, vous empêchera aussi de voir nettement l'organe vocal; mais dans ce cas, vous repousserez doucement cet appendice avec votre miroir et, si cette manière de faire était insuffisante ou difficile, à cause de la

sensibilité de la muqueuse, vous en pratiqueriez l'anesthésie par l'un des moyens que je vais vous indiquer.

Une des principales difficultés vient des réflexes occasionnés par le contact du miroir, ce qui a fait dire et écrire même à quelques praticiens, que pour bien pratiquer un examen laryngoscopique, il fallait des malades parfaitement éduqués. Cependant, il faut bien l'avouer, Messieurs, ce sont les cas tout à fait exceptionnels que ceux où les réflexes ne permettent pas l'examen, et on peut dire sans crainte que cette impossibilité résulte bien plus souvent de l'inexpérience de l'observateur que du tempérament nerveux du malade, trop souvent mis en cause.

Morell-Mackenzie explique la production des réflexes par ce fait que les débutants, au lieu de projeter d'abord la lumière dans le fond de la gorge, commencent par introduire leur miroir ; les tâtonnements qu'ils font ensuite pour s'éclairer fatiguent le malade et amènent les réflexes. Néanmoins et quoi qu'il en soit, vous arriverez à surmonter la plupart des réflexes en vous habituant à pratiquer l'examen de l'organe vocal.

Dans les cas où vous aurez échoué, vous pourrez alors prescrire du bromure de potassium à l'intérieur ou en badigeonnages dans le pharynx. Dans ce dernier cas, l'abolition des réflexes résultera bien plus, à mon avis, de l'habitude des badigeonnages contractée par le pharynx que de l'action anesthésique locale du bromure lui-même. Enfin dans les cas plus difficiles, vous pourrez encore utiliser l'eau froide en gargarisme, la glace sucée au moment de l'examen, et mieux que tout cela des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e, au 15e ou encore au 20e, badigeonnages qui amèneront une anesthésie plus que suffisante pendant dix minutes ou un quart d'heure pour vous laisser faire votre examen.

Plus souvent, vous vous trouverez arrêtés par un abaissement considérable de l'épiglotte qui parfois est pendante sur l'orifice glottique. Si chez l'adulte, en effet, cet opercule se relève assez bien, chez l'enfant au contraire il recouvre en grande partie l'orifice glottique. Faut-il voir chez ces derniers une précaution de la nature pour éviter la pénétration des aliments dans les voies aériennes pendant la déglutition? C'est bien probable. Vous trouverez l'épiglotte ainsi abaissée jusque vers l'âge de quatre ou cinq ans, et ce fait ne contribue pas peu à rendre difficile l'examen du larynx à cet âge. Cette difficulté pourra parfois être telle que vous serez obligés de renoncer à toute tentative d'exploration.

C'est pour des cas analogues qu'ont été inventés les releveurs de l'épiglotte, et que certains auteurs (Türck, Voltolini) sont même allés jusqu'à conseiller la transfixation avec un fil passé à l'aide d'une aiguille à travers cet opercule. Je ne vous cacherai pas que ce dernier procédé me parait absolument téméraire pour ne pas dire plus. Aussi est-il à mon avis préférable, lorsque l'épiglotte ne sera pas trop pendante, de pousser jusqu'au fond de la gorge le laryngoscope et d'essayer ainsi en abaissant le miroir à projeter en avant et au-dessous d'elle le faisceau lumineux pour rendre possible l'éclairage de l'infundibulum vocal. Vous vous rappelerez encore que l'épiglotte se relève plus facilement pendant l'exécution des notes élevées, pendant la toux, le rire ou un simple haut-le-corps. Disons enfin que, même dans les cas difficiles, vous pourrez toujours apercevoir les replis ary-épiglottiques et la région postérieure du larynx, ce qui vous permettra, aidé des symptômes fonctionnels, de déduire l'état de la muqueuse vocale.

Je ne terminerai pas cette leçon, Messieurs, sans vous parler de l'auto-laryngoscopie et de la trachéoscopie. La première a été pratiquée pour la première fois par Czermack qui proje-

tait dans sa propre gorge le faisceau lumineux. Après lui, Moura-Bourouilhou, Fauvel, Krishaber, l'ont aussi enseignée. C'est là un procédé qui vous servira au début pour vous rendre compte, sur vous-même, des sensations provoquées par le laryngoscope; c'est du reste la seule utilité que nous lui reconnaissions.

Pour arriver à voir votre propre larynx vous ferez usage des appareils français qui portent au-dessus de la lentille un miroir plan. C'est là le moyen le plus simple et le plus sûr pour arriver à avoir une image parfaitement nette de votre larynx.

Quant à la trachéoscopie, elle se pratique de la même manière que la laryngoscopie. C'est au moment d'une inspiration profonde que vous apercevrez les quatre ou cinq premiers anneaux de la trachée et quelquefois davantage, puisqu'il est même possible de voir chez quelques rares sujets jusqu'à la bifurcation de ce conduit.

L'inspection de la cavité trachéale peut encore se faire après la trachéotomie par l'ouverture pratiquée au canal aérien. On fait alors usage d'un petit miroir pouvant s'introduire dans la plaie trachéale : le même appareil sert à voir le larynx par sa face inférieure (laryngoscopie sous-glottique). Mais il faut bien avouer que ce sont là des examens fort difficiles à pratiquer et dont l'importance n'est pas considérable. Vous devez toutefois vous rappeler que le badigeonnage de l'ouverture trachéale et d'une partie de ce conduit avec une solution de chlorhydrate de cocaïne supprimant les réflexes trachéaux vous facilitera notablement ce mode d'inspection.

Avant de vous indiquer l'aspect de l'organe que vous examinerez, je dois vous signaler une erreur qui se commet assez facilement dans l'examen du larynx. Je veux parler de l'image laryngée réfléchie dans le laryngoscope. Contrai-

rement à ce qu'on a pu dire quelquefois, il faut que vous sachiez que jamais cette image n'est renversée, mais simplement relevée. S'il y a en effet une déviation dans l'aspect de l'organe de la voix elle est purement dans le sens antéro-postérieur.

La portion du larynx qui est en réalité la plus rapprochée de l'observateur, la commissure antérieure, se trouve la plus éloignée dans l'image apparaissant en haut dans le miroir, tandis que la partie postérieure (région aryténoïdienne), la plus éloignée, semble au contraire rapprochée puisqu'elle se trouve à la partie inférieure de la surface réfléchissante. Quant aux parties latérales elles ne changent nullement de situation et la corde droite du sujet paraît à gauche de l'observateur tout comme son œil, son bras, etc., par le simple fait que le patient et le médecin sont placés face à face.

Disons en terminant avec Morell-Mackenzie qu'en examinant un dessin du larynx, il ne faut pas prendre son propre organe vocal comme type de comparaison, mais se rappeler qu'il représente une image formée sur un miroir placé obliquement *au-dessus et en arrière du larynx d'une autre personne.*

Si nous supposons le miroir laryngoscopique mis en position et le larynx parfaitement éclairé, l'aspect que vous offrira l'organe vocal sera le suivant : En premier lieu et en procédant de haut en bas, vous apercevrez la base de la langue avec une coloration rosée, rougeâtre, sur laquelle vous verrez de petites saillies constituées par les glandules, ou les papilles parfois hypertrophiées et qu'il faut bien, en pareil cas, se garder de prendre pour des tumeurs. On remarque ensuite l'épiglotte, jaunâtre, jaune rosé, affectant les formes les plus variées (1). De chaque côté, légèrement pyriformes, les

(1) M. le docteur Audubert a bien voulu dresser sur nature les principaux types d'épiglottes normales et les réunir en un tableau qui ne contient pas moins de 27 formes différentes de l'opercule glottique. (O. Doin, éditeur à Paris.)

replis ary-épiglottiques d'aspect rosé, s'étendent des bords de l'épiglotte, en bas dans le miroir, et en réalité en arrière, vers les éminences aryténoïdes. Dans leur épaisseur et à leur partie postérieure, se trouvent deux petites saillies jaunâtres, saillantes au-dessous de la muqueuse, qui sont les cartilages de Wrisberg et ceux de Santorini, ces derniers surmontant les aryténoïdes.

Pendant l'émission de la voyelle *E*, comme pendant la phonation, vous constatez que les deux cartilages aryténoïdes viennent se juxtaposer au milieu, fermant la glotte intercarti-

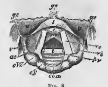


Fig. 8.
Larynx vu pendant un mouvement d'inspiration exagérée.

ge. Replis glosso-épiglottiques. — *u*. Face supérieure de l'épiglotte. — *l*. Bord libre ou lèvre de l'épiglotte. — *c*. Coussinet de l'épiglotte. — *v*. Ventricule de Morgagni. — *ae*. Replis ary-épiglottiques. — *cW*. Cartilage de Wrisberg. — *cS*. Cartilages de Santorini. — *com*. Région inter-aryténoïdienne ou commissure postérieure. — *vc*. Corde vocale inférieure. — *vb*. Bande ventriculaire ou corde vocale supérieure. — *pv*. Apophyse vocale. — *cr*. Cartilage cricoïde. — *t*. Anneaux de la trachée.

lagineuse qui, contrairement à ce que croyait Longet, n'existe que chez l'enfant.

La région aryténoïdienne elle-même est légèrement rosée. En dedans des replis ary-épiglottiques, on remarque deux surfaces d'un rose plus vif se dirigeant elles-mêmes d'avant en arrière, par conséquent de haut en bas dans le miroir, allant des aryténoïdes à la base de l'épiglotte; ce sont les cordes vocales supérieures, fausses cordes, ou plus exactement les bandes ventriculaires. Au-dessous de ces dernières existent deux dépressions correspondant aux ventricules de

Morgagni et qui se détachent en rouge foncé ou parfois sous la forme d'une ligne plus brune. Au-dessous et en dedans des ventricules, vous voyez enfin deux rubans nacrés, ayant à l'état normal un *aspect brillant*, tout à fait comparable à l'émail de belles dents, surtout chez les femmes et les enfants; ce sont les cordes vocales inférieures qui suivent la direction des bandes ventriculaires, mais en dedans de ces dernières.

Pendant l'inspiration, ces cordes s'écartent et c'est alors

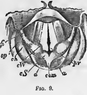


Fig. 9.

Larynx vu pendant la phonation.

fi. Fossette innominée — *sp.* Fosse hyoïdienne. — *ch.* Corne de l'hyoïde. — *cW.* Cartilage de Wrisberg. — *cS.* Cartilage de Santorini. — *a.* Cartilage aryténoïde. — *com.* Région aryténoïdienne. — *pv.* Apophyse vocale.

qu'on peut apercevoir, au-dessous d'elles, les anneaux de la trachée.

Ces derniers se détachent sous la forme d'anneaux horizontaux et concentriques, d'aspect jaunâtre, tranchant sur le reste de la muqueuse qui est rosée.

Ajoutons enfin que les cordes vocales vues par en bas (laryngoscopie sous-glottique) sont rosées comme le reste de la muqueuse vocale.

Si maintenant, vous vous demandez de quelle façon il est possible d'aller porter des instruments dans le larynx, il faut que vous sachiez qu'un attouchement, par exemple, se

fait : le malade tenant sa langue entre le pouce et l'index de la main gauche, pendant que l'opérateur tient lui-même son miroir de la main gauche, se servant alors de sa main droite pour porter des instruments dans le larynx. De là l'utilité

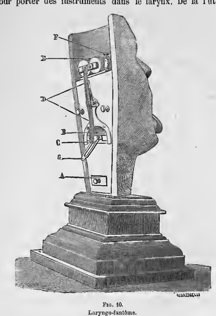


Fig. 10.
Laryngo-fantôme.

d'apprendre à vous servir de vos deux mains pour examiner l'organe de la voix.

Ceux qui au début craignent de s'exercer aux manœuvres

laryngoscopiques (attouchements d'un point déterminé de la muqueuse vocale, ablation de tumeurs, etc.) sur les malades eux-mêmes, pourront faire usage de l'un des laryngo-fantômes construits à cet effet. Les appareils de MM. Labus, Baratoux et Garel pourront indistinctement vous être utiles.

Ils sont à peu de chose près tous construits sur le même modèle, dans tous les cas sur le même principe.

Celui de M. Labus (de Milan), le plus ancien, est celui dont nous donnons la figure ci-contre (page 27).

L'appareil représente la moitié d'une tête placée dans la position voulue pour les opérations laryngoscopiques. La région épiglottique s'ouvre en arrière en A pour permettre de placer sur les cordes un corps étranger quelconque (papier, pois, etc.). La paroi rétro-pharyngienne est munie d'une soupape B qui est soulevée lorsque le crochet C est retenu par le grillet D. Ce dernier peut être déplacé par un électro-aimant E. L'un des bouts du fil se perd dans les parois de la gorge qui est en métal, l'autre finit à une vis F unissant un des pôles d'une pile électrique avec le contact G et l'autre avec l'instrument qui va servir à opérer. Il arrivera qu'à chaque fausse manœuvre (attouchements des parois métalliques, etc.), le circuit électrique étant fermé, le grillet est attiré et la soupape retombe alors sur le larynx qu'elle obture.

Vous devez alors recommencer votre manœuvre jusqu'au moment où votre main est suffisamment exercée pour pénétrer dans le larynx sans toucher les parties adjacentes.

Tels sont, Messieurs, les différents moyens que vous pourrez mettre en pratique si vous désirez vous perfectionner dans l'art de la laryngoscopie, vous rappelant que le simple examen de l'organe vocal est loin de réclamer des manœuvres aussi minutieuses, et que tout praticien sérieux doit aujourd'hui savoir examiner un larynx tout aussi bien qu'un utérus, un œil, un nez ou une oreille.

QUATRIÈME LEÇON

Troubles de la circulation. — I. Anémie; II. Congestion; — III. Hémorragie.

SOMMAIRE. — Les troubles de la circulation laryngée ont été peu étudiés. L'anémie est souvent le symptôme initial de la tuberculose pulmonaire ou laryngée. — Hypérémie; ses causes; influence des diathèses sur sa production; son importance chez les orateurs et les chanteurs. — Hémorragies; elles ont été décrites dans ces dernières années. Le terme « laryngite hémorragique » est impropre. — Hémorragies diffuses et circonscrites. — Laryngorragies. — Traitement des troubles de la circulation.

MESSIEURS,

Nous allons aujourd'hui nous occuper des deux grands troubles de la circulation dans le larynx : l'*anémie* et la *congestion*. Ce sont là deux chapitres de pathologie laryngée que vous ne trouverez traités nulle part dans vos auteurs, ni même dans les ouvrages spéciaux. C'est à peine si dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, MM. Krishaber et Peter y font quelques allusions dans leur article.

I. — **Anémie.** — L'anémie de la muqueuse vocale s'observe principalement dans la chlorose où elle atteint presque son maximum. C'est ainsi que chez les chlorotiques, la muqueuse des cordes est loin de présenter cet aspect nacré que vous

connaissez bien. Les rubans vocaux ont une coloration terne, pâle, ils perdent cette apparence lisse, luisante, qui les distingue si bien à l'état normal du reste de la muqueuse; les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques et l'organe tout entier diffèrent à peine, comme coloration, de celle des rubans vocaux.

Cette anémie de l'organe de la voix a une assez grande importance au point de vue du diagnostic de la tuberculose. Les auteurs anglais, en effet, et notamment Lennox-Browne, insistent sur cette pâleur au début de la phtisie laryngée ou pulmonaire, car souvent elle peut constituer le seul symptôme de l'affection diathésique, les autres signes demeurant absoment négatifs pendant un laps de temps plus ou moins variable. C'est là un fait qu'il est bon de connaître et sur lequel j'appelle toute votre attention en raison de son importance pratique. Je crois inutile d'ajouter qu'il est assez habituel de voir la décoloration de la muqueuse de l'arrière-gorge et du pharynx coïncider avec l'anémie générale.

II. — **Hypérémie, congestion.** — L'*hypérémie* du larynx présente un intérêt plus grand que l'anémie. M. Joal, le seul auteur qui ait consacré à cette affection une étude intéressante, fait remarquer que c'est à peine si on la trouve signalée dans les traités ou articles spéciaux; seul le livre de Mandl contient un assez long paragraphe relatif à cette étude.

Les fluxions laryngées peuvent se présenter sous deux formes : elles sont passives ou actives. L'hypérémie passive est liée aux maladies du cœur, aux affections chroniques du tube digestif, à des troubles mécaniques (compression des différents vaisseaux de la circulation de retour); elle peut encore être due à un état dyscrasique du sang, à l'hémophylie.

Quant à l'hypérémie active, elle peut être parfois considérée comme le syndrôme d'une affection générale. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de la voir survenir dans le cours ou au début des fièvres éruptives, dans les changements brusques de température, à l'occasion d'un froid vif portant sur le cou ou sur les pieds. L'inhalation de certaines poussières, de certaines vapeurs irritantes, la fumée du tabac, l'alcoolisme dans ses manifestations aiguës, peuvent encore être rangés au nombre de ses causes. Citons aussi, comme causes prédisposantes, certaines professions (prédicateurs, orateurs, avocats), dans lesquelles l'hypérémie du larynx peut provenir soit d'efforts vocaux exagérés, soit d'un usage prolongé de la parole dans un courant d'air, en plein air ou sur le bord de la mer. Les artistes lyriques qui ne chantent pas dans leurs registres y sont particulièrement exposés, et à ce sujet, je puis ajouter que c'est particulièrement chez les personnes qui chantent dans le registre grave, sur des notes qui ne sont pas dans leur voix, que l'on constate facilement ces hypérémies passagères au moins au début.

Certaines femmes pendant la période cataméniale ont de la congestion laryngée. C'est là une des manifestations des rapports intimes qui existent entre les organes génitaux et celui de la voix. Quelquefois encore, chez des personnes qui se livrent aux excitations vénériennes, on voit, à la suite, survenir de la toux, de l'enrouement qui témoignent d'une congestion laryngée passagère. Cette question des rapports des organes sexuels et du larynx est, du reste, connue depuis déjà longtemps, puisqu'en 1832, M. Bennati, et en 1838, M. Colombat, dans son *Traité des maladies des organes de la voix*, consacraient l'un et l'autre un chapitre à ces symptômes et ces auteurs rapportaient même des faits très concluants à cet égard. De nouveau, en 1881, M. Bayer, au Congrès de Londres, vint faire sur les rapports entre la muqueuse de l'utérus et celle du larynx une communication où à l'appui de

son dire, il apportait des observations d'hypérémie ou d'inflammation laryngées liées à des maladies de l'utérus. Or, le traitement avait démontré qu'en soignant l'affection utérine (déviations, ulcérations du col, etc.), on arrivait du même coup à guérir le larynx.

La congestion laryngée s'observe aussi à la suite de lésions de la muqueuse nasale, soit par propagation directe, soit comme phénomène réflexe Nous aurons, du reste, un peu plus tard, l'occasion de revenir sur cette étiologie nasale de certaines affections laryngées. (Voir Spasmes du larynx.)

Dans le même ordre d'idées, on pourrait faire entrer la mue dont une étude d'ensemble, peut-être encore incomplète, a été faite, en 1879, par M. Bergeon, dans son travail inaugural.

Cette hypérémie peut encore être observée à titre de manifestation diathésique dans la tuberculose où elle se localise à certains points de l'organe vocal; chez les arthritiques vous pouvez voir survenir de véritables manifestations congestives du côté du larynx, ainsi qu'en font foi les observations de Huchard et d'Archambaud.

Quant à la syphilis, il est loin d'être démontré qu'elle prédispose aux congestions du larynx et pour mon propre compte, je suis tout disposé à lui refuser ce rôle.

Je n'en dirai pas autant des diverses pharyngites chroniques et en particulier de la pharyngite granuleuse, car il est d'observation quotidienne de voir fréquemment enroués et pendant un temps assez court, les individus atteints de cette affection.

Il me reste à vous citer, Messieurs, un dernier ordre de causes susceptibles de produire l'hypérémie de l'organe vocal. Je veux parler ici des congestions médicamenteuses du larynx. Parmi les médicaments pouvant être incriminés, rangeons par ordre de fréquence, l'iodure et le bromure de

potassium, l'ipécacuanha et les sulfureux pris à l'intérieur, qui produisent chez certains sujets susceptibles une congestion très active et une vive irritation en général passagère.

SYMPTOMES. — Deux ordres de symptômes s'offriront à vous dans l'hypérémie du larynx : les uns subjectifs, les autres objectifs.

Presque toujours les malades accuseront une sensation de chaleur et de picotement à l'arrière-gorge. Cette sensation provoque une toux sèche et quinteuse et presque pas de troubles respiratoires, à moins qu'il n'existe une suffusion hémorragique ou séreuse accompagnée d'œdème.

Les phénomènes prédominants sont : la chaleur et les troubles vocaux. Toujours la voix est abaissée dans son timbre, rauque, moins vibrante et cassée. Ainsi les chanteurs par exemple, n'émettent pas la note qu'ils veulent donner; c'est particulièrement le médium, ou ce que l'on appelle en termes de chant, le passage de la voix et la demi-teinte qui se trouvent plus particulièrement altérés. Le chanteur ne peut émettre un son avec douceur et toujours il est obligé de faire des efforts plus ou moins exagérés pour tâcher de rendre le timbre plus complètement clair. C'est chez les femmes (soprano, mezzo-soprano), chez les ténors et surtout chez les ténors légers, que ces troubles vocaux sont plus marqués dans les cas de congestion légère. D'autres fois dans le cours de l'émission, la voix se casse et s'arrête ; enfin l'aphonie peut être complète.

Quant aux symptômes objectifs, ceux qui vous seront démontrés par l'examen laryngoscopique, ce sont : de la rougeur de l'infundibulum laryngien, des bandes ventriculaires et des cordes vocales qui rarement rouges sont en général rosées ; vous pourrez trouver aussi, mais dans les cas intenses seulement, de la tuméfaction des bandes ventriculaires qui peuvent ainsi cacher en partie les cordes vocales. Dans

d'autres cas plus graves, il existe des parésies musculaires que certains auteurs attribuent à la congestion, mais il vaudrait mieux, je crois, rattacher à la même cause et la congestion et la paralysie.

La marche de l'affection est assez variable. Certains malades ont une simple poussée ne se reproduisant qu'à de longs intervalles ou même ne reparaissant jamais. Chez d'autres la congestion revient à des intervalles réguliers (hypérémie cataméniale) ; de même son apparition peut être irrégulière chez les personnes où elle est due à un abus accidentel de la voix.

Cette affection dure rarement plus de quelques minutes à quelques heures. C'est ainsi que se comportent la congestion des orateurs et celle qui survient le matin dans les cas de laryngite chronique.

La disposition aux congestions est un indice de la mauvaise circulation du larynx; et comme conséquence finale, les malades peuvent en arriver à perdre la voix; c'est le danger auquel sont particulièrement exposés les chanteurs qui ont besoin d'échauffer leur voix.

Pronostic. — Le pronostic de la congestion laryngée est absolument bénin, surtout si le malade veut bien prendre les précautions très simples qu'exige son état.

Diagnostic. — Quant au diagnostic, il est facile; tout au plus pourrait-on faire une confusion avec la laryngite catarrhale aiguë, mais l'allure toute particulière de cette dernière affection permettra d'éviter cette erreur.

III. — **Hémorragies.** — Il n'est pas rare d'observer de véritables extravasations sanguines et certains auteurs ont alors dit qu'il s'agissait de laryngites hémorragiques. Des cas de ce genre ont été rapportés par Navratil et Frænkel en 1874. Après eux, Sommerbrodt, Schnitzler, Stepanow sont venus

fournir des observations analogues. Le travail de Stepanow a été repris par Strubing en 1876; mais je dois à la vérité de dire que depuis longtemps en France, Mandl (1872) avait signalé la possibilité d'hémorragies laryngiennes. Dans ces dernières années les faits de ce genre sont devenus beaucoup plus nombreux. C'est ainsi que M. Garel, Ruault et moi-même en avons rapporté des exemples.

En Amérique, Gleitsman, Eitelberg Morgan, pour n'en citer que quelques-uns, en auraient rencontré de nombreux cas. Malgré tous ces faits je ne crois pas qu'on doive faire des laryngites hémorragiques un chapitre à part. Je ne vois pas la nécessité de désigner sous le nom de *laryngite* une affection non inflammatoire de la muqueuse vocale. C'est en général une hémorragie laryngée que l'on observe et non une *laryngite* hémorragique. C'est pour ce motif que j'ai décrit cette lésion parmi les troubles circulatoires de la muqueuse où elle me semble avoir sa place tout indiquée. Ces hémorragies n'étant autre chose en effet qu'une congestion intense poussée à sa dernière limite, doivent être confondues dans la même description.

Les hémorragies laryngées reconnaissent les mêmes causes que la congestion et il n'y a entre elles qu'une différence de degré. De plus on les rencontre chez les névropathes, les hémophyliques (cas de Garel), dans les cas d'hémorragies supplémentaires et surtout au moment de la période cataméniale chez la femme.

Leurs symptômes ne sont autres aussi que ceux de la congestion poussée à ses limites extrêmes. Le seul caractère différent, c'est l'expectoration qui, nulle dans la congestion, est sanglante ou sanguinolente dans les cas d'hémorragie.

Au laryngoscope on constate tous les phénomènes de la congestion la plus intense. On aperçoit encore, à l'examen, des caillots adhérents aux cordes vocales (Stepanow, Strubing).

Cependant ce serait peut-être aller trop loin que de faire de ce dernier symptôme un signe pathognomonique. Mieux vaut, en effet, après avoir préalablement débarrassé les cordes des caillots, soit par des vaporisations, soit par des attouchements, chercher exactement avec le laryngoscope les points où ont pu se produire les hémorragies. Vous pourrez encore trouver de la rougeur localisée ou diffuse, de la tuméfaction, des ecchymoses, des hémorragies sous-muqueuses, comme il m'est parfois arrivé d'en rencontrer surtout chez les chanteurs, certains professeurs ou crieurs publics qui avaient voulu forcer leur voix. Je citerai également de véritables tumeurs sanguines, de véritables kystes même, résultat d'hémorragies interstitielles, sous-muqueuses, ou encore des dilatations variqueuses à la surface des cordes vocales. Vous observerez aussi des paralysies dues probablement, comme je le disais tout à l'heure, à la même cause qui aura produit la congestion.

Les hémorragies laryngées ne peuvent guère être confondues avec les hémoptysies qui sont plus abondantes en général et l'examen de la poitrine suffirait pour arriver à un diagnostic exact de ces dernières. La distinction serait peut-être plus difficile avec les hémorragies venant de la base de la langue; mais si l'on a bien soin de constater l'intégrité des gencives d'une part et l'état de la base de la langue d'autre part, il sera, quant au reste, facile avec le laryngoscope de s'assurer exactement de l'intégrité ou des altérations de l'organe vocal, sans parler du timbre de la voix qui fatalement est plus ou moins altéré dans ces cas.

Traitement. — Les cas simples de congestion laryngée seront avantageusement combattus par l'usage des émollients. Aux congestions d'origine arthritique, on opposera les purgatifs salins; dans les congestions subites, vous vous trouverez très bien d'un sinapisme appliqué à la nuque. Vous

userez dans les congestions passagères de révulsifs aux pieds; à l'intérieur vous prescrirez de l'aconit associé au bromure de potassium, du sirop d'érysimum composé, de la coca sous forme d'infusion ou de fumigation. Si vous vous trouvez en présence de congestions fréquemment répétées, vous pourrez faire des attouchements à la cocaïne (1/20) ou à l'acide lactique (1/50); au chlorure de zinc (1/100 — 1/50); parfois il vous suffira de solutions iodées légères.

Rappelez-vous au sujet de la cocaïne qu'elle produit chez quelques sujets intolérants et à des doses relativement minimes, au 1/20, de véritables vésications des cordes, au lieu de l'effet que vous recherchez. C'est alors une question de dosage, car il n'est pas douteux que des solutions plus diluées vous donneront, chez les sujets trop sensibles à l'action de ce topique, les résultats désirés.

Dans les cas d'hémorragies laryngées, vous ferez des pulvérisations astringentes, avec le tannin par exemple. Je ne saurais, en effet, vous recommander l'alun qui chez certains de mes malades a suffi pour amener de véritables hémorragies des rubans vocaux.

Ces pulvérisations doivent être courtes, de trois à cinq minutes au plus et au nombre de trois ou quatre par jour. Les pulvérisations pourront encore être faites avec de l'acide lactique, de l'acide phénique, du bromure de potassium, du borax, de la cocaïne.

J'ai pour habitude de prescrire la pulvérisation suivante dont j'ai retiré d'excellents résultats :

Acide phénique........................	0 gr. 60 centigr. à 1 gram
Bromure de potassium ou borax........	3 gr.
Chlorhydr. de cocaïne................	0 gr. de 10 à 25 centigr.
Eau de laurier-cerise.................	50 gr. »
Eau distillée.........................	300 gr. »

Si vos malades ne peuvent se servir des pulvérisations, vous

pourrez recommander l'emploi d'inhalations émollientes ou astringentes suivant les cas.

Bien que le traitement local donne habituellement d'excellents résultats, il ne faudra pas, dans l'intervalle des poussées, oublier d'instituer un traitement général en rapport avec la nature de la cause de la congestion. De plus, vous devrez, autant que possible, soustraire les malades aux irritations de toutes sortes, les empêcher de parler ou de chanter, et les avertir des dangers qui pourraient résulter pour leur voix du mépris de vos conseils.

Les congestions ou hémorragies cataméniales seront combattues par un exercice régulier, des frictions sèches généralisées ou des douches même, suivant les cas; par un régime tonique et parfois les révulsifs aux extrémités inférieures, suivant les différentes indications. N'oubliez pas que dans ces cas, l'examen des organes génitaux pourra vous fournir d'utiles indications; tandis que chez certains autres malades, au contraire, il ne faudra pas négliger l'inspection des cavités nasales.

S'agit-il d'hémorragies assez abondantes pour déterminer la formation de kystes sanguins, il vous faudra alors broyer la poche avec la pince à polypes (Voir Traitement des polypes du larynx), ou réduire la muqueuse à l'aide d'attouchements galvaniques ou de simples cautérisations liquides (chlorure de zinc, nitrate d'argent, etc.), suivant les cas et suivant les malades.

CINQUIÈME ET SIXIÈME LEÇONS

Laryngite catarrhale aiguë.

SOMMAIRE. — La laryngite catarrhale est rarement primitive. — Étiologie habituelle. — Symptômes généraux et locaux. Les troubles de la voix ne sont pas toujours la conséquence des lésions de la muqueuse. — Importance de l'appareil musculaire du larynx (thyro et ary-aryténoïdien). — Existe-t-il des ulcérations ? — La marche est régulière et la guérison habituelle. La maladie peut passer à l'état chronique. — Le diagnostic est facile et le pronostic bénin. L'inflammation aiguë du larynx peut être grave chez les artistes lyriques. — Traitement. Peut-on juguler le catarrhe laryngé aigu ? — Traitement local et général.

MESSIEURS,

La laryngite catarrhale aiguë n'est généralement pas limitée à l'organe vocal, car elle est l'accompagnement presque obligé des inflammations de la membrane de la muqueuse du pharynx ou de troubles analogues survenant du côté de la muqueuse de la trachée et des bronches pour donner lieu à des trachéites et des bronchites. Cependant il n'est pas très rare de la voir confinée au larynx et constituer la laryngite catarrhale aiguë simple idiopathique, que nous allons étudier aujourd'hui.

ÉTIOLOGIE. — Les causes déterminantes de cette affection sont les mêmes que celles de la congestion du larynx ; tels sont les

refroidissements, le contact direct d'un air froid sur l'organe vocal ou bien l'action indirecte de cet agent sur une autre partie du corps (froid aux pieds). C'est particulièrement chez les personnes faisant des efforts vocaux réitérés que l'influence du refroidissement semble se faire sentir de préférence; il en est de même pour ceux qui sont habitués à tenir leur gorge constamment chaude et souvent couverte d'un cache-nez ou d'un foulard. Le surchauffage du cou rend ce dernier très impressionnable, de sorte que le moindre courant d'air suffit pour faire éclore ou entretenir l'inflammation catarrhale de la muqueuse.

Les poussières ou vapeurs irritantes, la fumée du tabac chez les fumeurs qui débutent, les boissons chaudes, les corps étrangers pénétrant accidentellement dans le larynx, sont autant de causes de l'affection qui nous occupe. Dans d'autres cas, la laryngite succède à un coryza ou à une angine aiguë avec laquelle il est habituel de la voir coïncider. L'inspiration d'un air chaud confiné, de vapeurs ou poussières irritantes, les écarts de régime, les excès de boisson ou de coït peuvent aussi la faire apparaître ou tout au moins favoriser son éclosion.

On la rencontre également au début de certaines fièvres éruptives, telles que la rougeole, la fièvre scarlatine, dont elle est un des principaux symptômes; elle apparaît aussi comme complication d'un catarrhe du nez ou de la trachée.

Elle est fréquente chez les rhumatisants et il reste bien établi que les atteintes antérieures sont une des causes prédisposantes les plus actives à l'apparition de la maladie.

Rappelez-vous aussi que l'inflammation aiguë de la muqueuse vocale accompagne presque toujours cette affection périodique des fosses nasales connue sous le nom de fièvre de foin (hay-fever), coryza aigu périodique.

Certaines professions, la vie sédentaire, semblent y prédis-

poser. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, les adultes que les enfants. Les saisons et les climats sont aussi des facteurs ayant leur importance.

Symptomes. — Ils sont de deux ordres :

1° *Les symptômes généraux*, peu marqués dans la laryngite catarrhale aiguë, peuvent se borner à un simple malaise semblable à celui que l'on éprouve au début d'un refroidissement et je crois inutile d'y insister davantage.

2° *Les symptômes fonctionnels* sont plus importants. Ils sont caractérisés par une sensation de constriction, d'ardeur et de sécheresse à l'arrière-gorge, accompagnée d'une petite toux nerveuse, sèche, quinteuse. L'air qu'on respire paraît froid, son passage dans l'organe respiratoire est pénible et produit la sensation d'une brûlure; aussi le malade est-il amené instinctivement à entr'ouvrir seulement la bouche et à respirer le plus possible par le nez pour permettre à l'air de se réchauffer au fur et à mesure de son entrée dans les voies respiratoires. Il n'est pas rare non plus de voir les malades accuser une sensation de corps étranger dans le larynx.

La toux est généralement sèche, brève, peu ou pas douloureuse, produisant d'autres fois une sensation de véritable déchirement, surtout lorsque la muqueuse trachéale est atteinte; dans d'autres cas elle est fréquente et quinteuse. La sécrétion, nulle au début si le larynx seul est atteint, peut se manifester lorsque l'inflammation s'est étendue à la muqueuse trachéale et dans ce dernier cas, la toux peut être plus sourde ou tout à fait éteinte, ou bien encore grasse et humide si les sécrétions sont abondantes.

L'expectoration, rare tout d'abord, est plus tard visqueuse, opaque et si l'inflammation de la muqueuse est considérable, les sécrétions peuvent être striées de sang.

La voix n'est que légèrement altérée si la partie supérieure du larynx est seule atteinte; plus tard elle devient enrouée, impure, quelquefois rauque et il y a même des cas où l'aphonie est complète.

Il est assez habituel de voir la voix passer facilement d'un registre à un autre. C'est ainsi que dans la prononciation d'un même mot, la première syllabe est émise sur un ton grave, tandis que celle qui suit est dite en voix de fausset et la dernière aphone. C'est alors qu'existe cette véritable asynergie vocale, pour employer l'expression si juste de MM. Krishaber et Peter.

La respiration n'est pas gênée chez l'adulte; chez l'enfant, au contraire, dont la glotte est beaucoup plus étroite, la dyspnée est fréquente et accompagnée souvent de spasmes de la glotte qui produisent des accès de suffocation. Cette maladie particulière aux enfants vous sera décrite ultérieurement sous le nom de laryngite striduleuse.

Examen du larynx. — Cet examen, on le comprend aisément, fournira des résultats absolument différents, suivant l'intensité du processus et suivant aussi le moment où il aura été pratiqué. Ainsi, vous trouverez parfois une simple rougeur de l'épiglotte, qui plus tard se terminera par une véritable suffusion séreuse, donnant lieu à une affection presque spéciale et qui vous sera décrite plus loin séparément sous le nom d'épiglottite.

Les replis ary-épiglottiques sont généralement sains ou fort peu tuméfiés, et ce n'est que dans les laryngites suraiguës et dans les cas de laryngites œdémateuses idiopathiques que vous constatez l'existence de lésions à ce niveau.

Les bandes ventriculaires sont rosées, rouges dans les cas bénins, œdémateuses dans les cas plus graves, et leur gonflement est alors assez considérable pour qu'elles puissent

recouvrir en partie, ou complètement, les cordes vocales inférieures, sur lesquelles on les voit alors reposer; à la suite de ce contact, se produit une aphonie à peu près complète, due à ce que les cordes vocales ne peuvent entrer en vibration.

Les cordes vocales sont d'une rougeur plus ou moins vive, tantôt diffuse, tantôt accentuée par places et formant des stries rouges. Cette coloration paraît être dans ces cas comme produite par de petits coups de pinceau donnés au carmin.

Quelquefois les cordes sont tuméfiées, épaissies, d'un aspect laiteux ou chassieux (Isambert) dû à l'enduit de sécrétion muqueuse qui s'écoule à ce niveau. Elles seraient même, au dire de cet auteur, cylindriques au lieu d'être plates; mais je considère que cette modification des cordes est le fait de lésions ayant persisté assez longtemps. Leur surface est rugueuse et même recouverte de petites érosions grisâtres, opalines, entourées d'un liséré assez rouge et enflammé. Beaucoup d'auteurs n'ont voulu admettre d'ulcérations du larynx que dans les maladies diathésiques; cependant il est prouvé aujourd'hui (Krishaber, Isambert, Mackenzie, Schmidt, Hering, Schnitzler, E. J. Moure, etc., etc.) que ces ulcérations, ou plutôt ces érosions, existent aussi dans les cas de laryngite catarrhale, mais qu'elles ne sont souvent visibles qu'à un éclairage puissant (lumière oxhydrique ou électrique).

Si les troubles de la voix sont un peu prononcés, vous constaterez également l'existence du défaut de parallélisme des cordes, et d'une fermeture incomplète de la région aryténoïdienne par défaut de rapprochement complet des aryténoïdes; ce sont les résultats de la parésie ou même de la paralysie des fibres de l'ary-aryténoïdien ou des thyro-aryténoïdiens dont le relâchement produit la distension des cordes vocales et la forme ondulée que présente leur bord

libre. Cet état, Isambert l'admet sans qu'il lui paraisse cependant bien démontré.

Anatomie pathologique. — Il est très rare qu'on puisse constater à l'autopsie des lésions aussi minimes en général que celles de la laryngite catarrhale aiguë. Du reste, si par suite de complications intercurrentes ayant déterminé la mort, on a pu pratiquer de semblables examens, je me hâte de vous dire qu'ils n'ont presque rien appris, car l'hypérémie avait disparu. M. Morell-Mackenzie attribue cette anomalie à la richesse des fibres élastiques de la membrane muqueuse du larynx; d'après lui, ces fibres, par leur contraction au moment de la mort, amèneraient la déplétion des capillaires par la compression qu'elles exercent sur leurs parois.

Vous ne pourrez donc observer que les seules lésions visibles au laryngoscope. Or, celles-ci, nous venons d'apprendre à les connaître et nous savons qu'elles sont caractérisées par une hypérémie plus ou moins considérable de la muqueuse du larynx pouvant, dans certains cas, aller jusqu'à l'hémorragie.

Cette hypérémie n'a pas de siège fixe, elle est cependant plus manifeste en général au niveau de la région aryténoïdienne et du bord libre des cordes vocales. Vous pourrez dans les mêmes points observer une desquamation épithéliale d'ordinaire très légère, mais qui cependant, au niveau des apophyses vocales ou de la commissure antérieure des cordes dans les cas d'une intensité très prononcée, se termine quelquefois par des érosions relativement assez profondes.

Quant aux troubles musculaires, MM. Ziemssen, Gerardt, Solis-Cohen, Lennox–Browne et Morell-Mackenzie admettent avec MM. Krishaber et Peter qu'ils portent sur les muscles thyro-aryténoïdiens.

Avec les auteurs qui précèdent, nous penserons volontiers que c'est le défaut de parallélisme des cordes vocales, leur

tension irrégulière, conséquence de la parésie ou paralysie des thyro-aryténoïdiens, qui constitue une des causes des troubles phonétiques. Mais je vous ferai remarquer cependant que si le muscle précédent, situé dans l'épaisseur des cordes vocales, est singulièrement exposé, par sa situation anatomique, à subir les atteintes de l'inflammation catarrhale, il en est un autre, aussi important que le précédent pour la production du son, qui se trouve lui aussi placé directement au-dessous de la muqueuse laryngienne, et qui, par ce fait, offre une prise considérable aux atteintes du mal : c'est l'ary-aryténoïdien. Occupant seul la partie postérieure de l'organe vocal, rapprochant, au moment où il se contracte, les deux aryténoïdes l'un de l'autre, fermant en arrière la glotte inter-cartilagineuse, ce muscle offre, en effet, une surface relativement considérable, et, plus facilement que tous les autres, il se trouve exposé, lorsque la muqueuse qui le recouvre est le siège d'une inflammation aiguë. Or, nous savons cliniquement que la paralysie *isolée* de ce muscle suffit pour produire l'*aphonie complète*, tandis que sa parésie occasionne une raucité plus ou moins prononcée, non seulement de la voix, mais de la toux qui prend alors le timbre croupal. Il nous sera donc assez facile de comprendre que ce muscle, presque toujours plus ou moins atteint dans la laryngite aiguë, joue un rôle très important dans les modifications de la voix qui se produisent au cours de cette maladie. L'inflammation catarrhale de la muqueuse laryngienne figure, du reste, dans l'étiologie de la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien, et l'un de mes élèves, M. le Dr Lecointre (1883), a spécialement insisté sur cette particularité. Aussi, tout en reconnaissant avec Mandl que l'appréhension que fait éprouver au malade la sensibilité exagérée de son larynx est une cause d'aphonie, nous serons tout aussi disposé à admettre que c'est la paralysie ou la parésie de l'ary-aryténoïdien qui constitue le facteur le plus important de l'aphonie. Avec l'auteur précédent, nous

expliquerons le passage rapide de la voix grave à l'aigu par la contraction inégale des fibres musculaires de l'aryténoïdien transverse. S'il reste en partie relâché, le son est éteint, voilé ou rauque, et si brusquement il se contracte, pendant l'effort exagéré, les cordes vocales se mettent en position de voix de fausset et la note sort aiguë et criarde. La contraction irrégulière des cordes vocales produit au contraire la voix bitonale, enrouée, grave, la disphonie même, dans les cas où une mucosité visqueuse vient se fixer vers la partie moyenne des rubans vocaux, ou lorsque le thyro-aryténoïdien se contracte d'une manière inégale.

Il est du reste très facile de vérifier, par l'examen direct de l'organe, l'exactitude du fait que je viens d'avancer. Il arrive souvent qu'au moment de l'émission du son, on voit les cordes vocales se rapprocher spasmodiquement, tâtonnant en quelque sorte pour arriver à produire un son qui, voilé d'abord, sort ensuite très aigu, puis éteint.

Dans ce cas, on constate très souvent, au début, une tension anormale des cordes vocales qui arrivent à se tendre presque brusquement au moment de l'émission du son; puis, subitement, les deux aryténoïdes s'écartent légèrement l'un de l'autre, laissant passer l'air et occasionnant l'aphonie. L'ary-aryténoïdien, comme fatigué de cet excès de tension, se relâche soudain, empêchant alors l'émission du son.

D'autres fois, c'est d'emblée que l'on voit, en arrière de l'organe vocal, le triangle glottique caractéristique de la paralysie aryténoïdienne, avec l'épiglotte abaissée, comme elle l'est toujours dans ces cas. Le malade est alors aphone jusqu'au moment où, sous l'influence d'un effort, une contraction brusque et irrégulière vient produire un son en rapport avec l'état de la tension musculaire.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Cette affection a généralement une marche régulière. Vers le deuxième ou

troisième jour, après la période d'acuité, elle décroit rapidement, la douleur et la toux diminuent, l'expectoration cesse et habituellement vers le dixième ou le douzième jour, tous les phénomènes ont complètement disparu. Mais souvent les causes déterminantes continuant à agir, amènent une ou plusieurs récidives et alors finit par s'établir la laryngite catarrhale chronique. C'est ainsi que chez les fumeurs et les alcooliques elle passe facilement à cet état chronique et que chez les chanteurs elle ne disparaît qu'à la longue par suite de l'état de congestion permanente de leur muqueuse laryngée.

Diagnostic. — Le catarrhe aigu du larynx est une affection dont le diagnostic est en général très facile, à ce point que Gottstein dit ne pas se souvenir de cas où ce catarrhe ait été pris pour une autre affection sans examen laryngoscopique. Il suffit le plus souvent des anamnestiques toujours faciles à reconstituer et des symptômes subjectifs et objectifs pour établir son opinion d'une façon presque certaine. Mais comme, dans toutes les affections du larynx, vous ne devez jamais, autant que cela est permis, vous priver du secours d'un examen laryngoscopique bien fait, vous aurez recours au miroir pour être tout à fait certains. De cette façon il sera permis de localiser exactement le processus, de constater son intensité, de vous assurer s'il y a parésie ou non des cordes vocales, et enfin de vous convaincre de l'existence possible des ulcérations. Tous ces renseignements ont leur valeur et c'est pourquoi vous ne devez jamais vous en priver; du reste n'oubliez jamais le précepte de Ziemssen qui recommande d'examiner et de suivre chaque affection fondamentale du larynx, même celles qui sont en apparence les plus légères.

Parmi les affections avec lesquelles vous pourriez confondre la laryngite catarrhale aiguë, peut-être pourrais-je vous citer

la laryngite œdémateuse. C'est qu'en effet il peut exister de l'œdème des replis ary-épiglottiques sans qu'il y ait de la dyspnée; mais il suffit d'un simple examen pour détruire les doutes que vous pourriez avoir.

La coqueluche est caractérisée par une toux quinteuse et des accès dans lesquels se produit une inspiration longue, sifflante, convulsive, qui termine la quinte.

La grippe se distingue facilement aussi de la laryngite catarrhale aiguë qui n'est en somme qu'un des symptômes secondaires dont cette affection est accompagnée. Le croup offre des caractères assez nets pour ne pas laisser persister longtemps l'hésitation que vous auriez pu avoir au début.

Pronostic. — Il est très bénin chez l'adulte, car les cas de catarrhe léger se terminent au bout de quelques jours même sans traitement, et ceux d'une intensité plus grande sont rarement rebelles à l'action des remèdes appropriés.

Chez les chanteurs seuls ou certains orateurs, elle peut entraver l'exercice de leur profession; et chez les premiers, il est assez habituel de voir subsister des troubles vocaux pendant assez longtemps à cause de la mauvaise habitude qu'ont les chanteurs de recommencer trop vite leurs travaux quotidiens. Très souvent en effet les cordes n'ont pas repris leur aspect normal, la voix n'est plus émise avec sa facilité habituelle et cependant l'artiste reprend son répertoire, et recommence à chanter; c'est là l'origine de bien des laryngites graves chez les artistes lyriques, dont la perte du timbre agréable, doux, de la demi-teinte, de la phrase ou plutôt de la mélodie musicale est la conséquence. D'après mon expérience je considère que c'est d'abord chez les ténors et les soprani, que l'intégrité des cordes doit être absolument exigée avant de leur laisser reprendre le chant; viennent ensuite les barytons et mezzo-soprani, puis les basses et

contralti qui ayant moins besoin d'une demi-teinte pure et de sons absolument nets, pourraient à la rigueur chanter avec les cordes ayant encore cet aspect catarrhal que vous connaissez bien.

En résumé les voix de femmes sont plus exposées que celles des hommes, et dans ces derniers ce sont les ténors et les ténors légers en première ligne qui ont besoin de cordes absolument normales pour reprendre l'exercice de leur profession d'artiste s'ils ne veulent pas encourir les risques d'enrouements répétés dont la perte de la voix chantée, du timbre harmonieux (médium et demi-teinte), serait la conséquence fatale.

Traitement. — Le catarrhe aigu de la muqueuse du larynx est soumis aux mêmes règles générales que le catarrhe aigu des autres muqueuses. Or, vous savez qu'en pareil cas, ce qu'il y a de plus simple, c'est l'expectation accompagnée d'une hygiène bien réglée. Par suite de la congestion avec gonflement de la muqueuse, les malades éprouvent, quand ils veulent parler, de la gêne et parfois même une certaine douleur occasionnées par l'irritation de la muqueuse laryngienne; vous devrez donc recommander le repos absolu de l'organe vocal ou tout au moins interdire le plus possible l'usage de la parole à haute voix.

Dans les formes légères et à début tout récent, vos malades se trouveront bien du séjour à la chambre dans laquelle vous ferez maintenir une température moyenne et constante de quinze à vingt degrés. Ceux qui ne pourraient garder la chambre devront, quand ils iront au dehors, s'entourer légèrement le cou d'un foulard ou d'un cache-nez peu volumineux.

Dans les cas plus graves ces simples précautions pourraient ne pas suffire ou bien l'affection pourrait avoir une durée qui

dépasserait les limites ordinaires; il est en outre certains malades, comme les chanteurs de profession, qui désirent recouvrer rapidement la voix; il faut alors intervenir plus activement. Ici vous imposerez aux malades l'obligation de rester chez eux dans une atmosphère uniformément chauffée et en ayant bien soin d'éviter les courants d'air; vous leur ordonnerez même de se mettre au lit pour déterminer de la sudation. Comme la sudation est en général suivie d'un certain degré de soulagement, vous ne négligerez rien pour la provoquer; à cet effet vous prescrirez des bains de vapeur, des boissons chaudes parmi lesquelles une des meilleures est le lait pris aussi chaud que possible, presque bouillant et coupé avec des eaux gazeuses. Les malades se trouveront encore bien d'inhalations chaudes et sédatives telles que benjoin, ciguë ou houblon. Vous n'oublierez pas, toutes les fois que vous provoquerez la sudation, de recouvrir le cou soit avec des compresses soit avec de l'ouate pour éviter l'évaporation et empêcher les refroidissements à ce niveau.

Peut-on abréger ou couper tout à fait le catarrhe ? Gottstein prétend qu'à cet égard, nous ne possédons aucun médicament dont l'efficacité soit absolument démontrée; l'opinion de cet auteur me semble rationnelle. Il est en effet plus facile de prévenir l'aggravation de la maladie que de l'enrayer complètement, et je crois qu'il ne faudrait pas fonder une espérance trop grande sur le procédé qui consiste à appliquer une compresse extérieurement sur le cou et qui, d'après M. Morell-Mackenzie, arrêterait souvent une attaque imminente ou jugulerait la maladie à son début. Cependant, nous venons de voir qu'une hygiène bien réglée pourrait offrir de sérieux avantages; d'autre part, nous sommes loin de déconseiller toute espèce de traitement; bien plus, nous pensons qu'une intervention rationnelle portera sûrement ses fruits.

Le catarrhe aigu du larynx est en général apyrétique; dans

certains cas, cependant, soit par prédisposition spéciale du sujet, soit pour toute autre cause, on voit survenir un léger état fébrile contre lequel on se trouvera bien de l'usage des diaphorétiques. A cet effet, on pourra prescrire des boissons composées de thé chaud, de limonades chaudes ou même d'une infusion de jaborandi (5 %). On a encore conseillé à l'intérieur les alcalins (chlorhydrate d'ammoniaque, carbonate de soude), qui auraient pour propriété de diminuer la sécrétion muqueuse du larynx.

Gottstein paraît avoir plus de confiance dans l'action des opiacés qu'il prescrit de la façon suivante :

Chlorhydrate de morphine...............	5 centigr.
Eau de laurier-cerise.....................	10 grammes.

dont il faut prendre dix à quinze gouttes trois ou quatre fois dans la journée.

Il ordonne encore une ou deux cuillerées dans un verre d'eau de la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque.	āā 3 à 6 grammes.
Succinate d'ammoniaque....	
Chlorhydrate de morphine..	3 centigr.
Eau distillée..............	180 grammes.

Cette solution sera facilement prise dans une infusion de tilleul édulcorée et à intervalle des repas.

Je vous signalerai aussi comme ayant donné de bons résultats, quand on les emploie au début de l'affection, les gargarismes émollients faits avec une décoction de racines de guimauve ou de têtes de pavots et aussi les gargarismes au borax. L'alun, d'après mon expérience, doit être proscrit de la façon la plus absolue.

Les inhalations chaudes, émollientes ou aromatiques calmeront l'irritation et produiront une certaine sédation des symptômes.

Voici la formule que je vous recommande dans ce cas :

Espèces aromatiques..................	20 grammes.
Feuilles de coca.......................	10 —
Tête de pavot.........................	N° 1.

Pour faire bouillir dans un litre d'eau.

L'aconit et le bromure de potassium à l'intérieur produisent aussi chez quelques sujets des résultats assez rapides et très satisfaisants. Je prescris bien souvent dans ces cas la potion suivante dont vous avez pu constater les heureux résultats à la clinique.

Potion avec :

Alcoolature de racines d'aconit.........	1 gramme.
Bromure de sodium...................	4 —
Sirop d'érysimum composé............	30 —
Eau de laurier-cerise.................	10 —
Eau de tilleul.............	120 —

Par grandes cuillerées dans une infusion chaude, trois à quatre fois par jour.

Quant au traitement local, les avis sont partagés sur son efficacité; tandis que certains auteurs prétendent avoir observé la disparition de l'inflammation locale par l'application topique d'une solution de nitrate d'argent (2 : 30 ou même 5 : 10), il en est d'autres au contraire qui rejettent tout traitement topique. Pour mon propre compte, je me rallie à l'opinion de ces derniers, dans les cas de laryngite catarrhale aiguë où l'affection peut se terminer par résolution.

Je m'abstiens également de toute intervention chez la femme au moment de la période cataméniale, car j'ai vu survenir à

la suite de l'attouchement de la muqueuse laryngée une inflammation plus vive *qui ne disparut qu'aux règles suivantes.*

Gottstein ne pratique d'attouchements que dans deux cas bien déterminés : 1° dans la laryngite sèche dont nous n'avons pas à nous occuper ici; 2° dans ces formes de laryngites où dès le début se manifeste un état parétique des muscles des cordes vocales et où l'aphonie n'est pas en rapport avec le gonflement existant. Il suffit dans les cas de ce dernier genre d'une excitation de la muqueuse du larynx par l'insufflation d'une poudre ou par un badigeonnage unique avec une solution de tannin ou de nitrate d'argent pour faire disparaître l'aphonie.

Lorsque je pratique des attouchements du larynx, j'ai pour habitude d'employer des solutions de chlorure de zinc à 1/100 ou 1/50. Je préfère le chlorure de zinc à cause de son action élective sur la muqueuse dénudée de son épithélium; comme ce médicament se dissout assez mal dans l'eau, vous vous rappellerez de faire ajouter à la solution une goutte d'acide chlorhydrique.

Maintenant, comme les personnes ayant été déjà atteintes de catarrhe du larynx sont tout spécialement prédisposées aux récidives, vous devrez leur indiquer les moyens de s'y soustraire. A cet effet, vous leur recommanderez les précautions hygiéniques dont je vous ai déjà entretenus et vous les inviterez aussi à s'endurcir peu à peu contre toutes ces petites misères qui n'ont guère de prise que sur les individus plus ou moins efféminés. C'est surtout aux mères qui ont malheureusement une tendance trop grande à élever mollement leurs enfants que profiteront vos recommandations. Vous les préviendrez des dangers qui peuvent résulter de l'éducation faite « dans une boîte à coton », pour employer l'énergique et très caractéristique expression du peuple qui sait par des moyens virils se soustraire à cette fourmilière de maladies

qui frappent les classes aisées. Les exercices au grand air, les lotions froides sur tout le corps détermineront une accoutumance de la peau favorable à ceux qui en seront l'objet.

A ceux qui par leur profession doivent faire effort avec l'organe vocal vous apprendrez à user de leur voix avec ménagement et à faire suivre chaque effort du repos nécessaire. C'est ainsi que chez les chanteurs une éducation régulière de la voix, l'entraînement, aura beaucoup plus d'efficacité que les traitements de toutes sortes.

Épiglottite.

SOMMAIRE. — L'épiglottite constitue souvent une affection spéciale; son diagnostic est habituellement facile; le pronostic peut être grave. — Traitement.

MESSIEURS,

L'inflammation aiguë de la muqueuse laryngée peut se localiser à l'épiglotte et constituer ainsi l'épiglottite, affection qu'ont décrite à part Krishaber, Morell-Mackenzie et Ziemssen et qui me paraît également mériter une description spéciale, formant le corollaire de l'inflammation catarrhale que nous venons d'étudier.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de l'épiglottite sont le froid, le contact répété des poussières, la fumée de tabac, mais surtout l'ingestion de boissons bouillantes ou trop chaudes.

Aussi, au dire des auteurs anglais et américains, la rencontrerait-on fréquemment dans leurs pays, où, comme chacun le sait, les enfants ont la mauvaise habitude de boire à la théière le liquide non encore refroidi. On peut encore admettre comme causes prédisposantes, d'après une observation de M. le Dr Frédit, les habitudes alcooliques invétérées.

Les efforts de voix pour crier ou pour chanter d'une façon démesurée doivent être rangés au nombre des causes déterminantes chez les individus de la précédente catégorie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes éprouvés par les malades, atteints d'épiglottite sont : une sensation de douleur à la déglutition à vide et surtout une sensation de corps

étranger à l'arrière-gorge. Parfois aussi ils accusent de la douleur à la pression ou pendant les mouvements de déglutition. La répercussion de la douleur vers l'oreille n'est pas chose très rare lorsque l'inflammation est un peu vive.

La voix, exceptionnellement, pourra être légèrement altérée dans son timbre, en même temps qu'il pourra exister un peu de toux.

Si l'épiglotte est fortement congestionnée et même œdémateuse, le malade éprouvera en outre une gêne respiratoire en rapport avec l'intensité du processus et qui, dans le cas que nous citions tout à l'heure, a même pu aller jusqu'à la suffocation. Cette dernière survient lorsque l'opercule fortement tuméfié vient tomber sur l'orifice glottique qu'il obstrue d'une manière presque complète, ouvrant au moment de l'inspiration une véritable soupape qui se place à l'orifice des voies aériennes et empêche l'entrée de l'air.

Au laryngoscope, on constate de la tuméfaction de l'épiglotte. Sur sa face linguale, on aperçoit généralement une saillie globuleuse ressemblant assez par sa forme à un kyste, mais en différant par la rougeur, un aspect blanc rosé et par la sensation douloureuse que détermine l'attouchement.

L'épiglotte peut avoir perdu sa forme normale et ressembler absolument à un cylindre. C'est en pareil cas qu'elle recouvre l'orifice glottique dont on ne peut distinguer la lumière.

Diagnostic. — Le diagnostic sera facile à faire par la constatation de l'œdème sus-laryngien, l'apparition du mal et sa marche particulière. Tout au plus devra-t-on songer parfois à la présence de corps étrangers (aiguilles, arêtes) qui auraient pu s'implanter dans l'opercule glottique et déterminer un certain degré de congestion ou même un œdème assez prononcé.

Les manifestations tuberculeuses ou syphilitiques doivent

être simplement signalées, car elles offrent des différences trop grandes avec l'épiglottite aiguë. Dans tous les cas, par l'anamnèse on éviterait facilement l'erreur.

Pronostic. — Le pronostic est tout à fait bénin, le processus inflammatoire entrant vite dans une phase de régression. Il faut cependant faire une exception pour les individus qui se trouvent dans de mauvaises conditions et qui sont exposés à des violences. Chez ceux-là, en effet, on a pu observer de l'épiglottite suppurée avec issue fatale.

Traitement. — Le catarrhe aigu de l'épiglotte doit être traité comme celui du larynx, mais si dans ce dernier cas, les gargarismes ne sont pas toujours d'une efficacité absolue, il n'en est pas ainsi dans l'épiglottite. Ici, en effet, ils atteignent la région malade et peuvent exercer sur elle une action toute locale.

On emploie dans ces cas, le véritable bain de gorge pour que l'épiglotte reste bien plongée dans le liquide émollient prescrit dans ces cas. Si voulez assurer la pénétration du liquide, vous devez, comme le recommande M. Moura-Bourouillhou, recommander à votre malade de prononcer les deux syllabes (glou, glou), faire comme le dit cet auteur, non du gargarisme proprement dit mais du glouglourisme. C'est en effet un procédé excellent pour arriver au résultat que vous désirez obtenir.

Les fumigations émollientes, sédatives ou balsamiques (baume du Pérou, etc.), pourront être d'un utile emploi dans les cas de brûlure.

Les cautérisations ou incisions faites avec le couteau galvanique vous donneront aussi des résultats satisfaisants et vous ne devrez pas en rejeter l'emploi, si le cas vous paraît assez grave pour nécessiter une intervention active.

S'il existe des présomptions en faveur d'une épiglottite suppurée, vous pourrez pratiquer une incision pour donner issue au pus. Si cela ne vous suffit pas, vous ne devrez pas vous priver du bénéfice d'une trachéotomie, car en agissant ainsi, vous aurez des chances de sauver votre malade qui serait autrement voué à une mort à peu près certaine.

SEPTIÈME LEÇON

Laryngite striduleuse.

SOMMAIRE. — Étiologie. — Elle est l'apanage de l'enfance; les accès surviennent la nuit; ils sont brusques, souvent précédés d'enchifrènement; les lésions de la muqueuse laryngée sont nulles; il s'agit d'un spasme glottique d'origine réflexe. — Le pronostic est bénin. — Traitement de l'accès; moyen d'en empêcher le retour.

MESSIEURS,

La glotte intercartilagineuse étant fort étroite chez les enfants, l'altération de la muqueuse qui la tapisse amène fréquemment de la dyspnée et parfois même des dangers plus graves en les exposant à l'asphyxie.

DÉFINITION. — La laryngite catarrhale aiguë chez les enfants est habituellement décrite sous le nom de laryngite striduleuse ou de faux croup. Vous trouverez un historique très détaillé de cette maladie dans la thèse de Venot (1866), et dans un travail de M. Bouteille publié en 1867 à Montpellier. Ce sont les seuls travaux que je vous signalerai sur cette affection successivement et surtout étudiée par Millard, Wichmann, Kopp, Guersent, Bretonneau, Rillet et Barthez, Trousseau, etc., etc.

Étiologie. — Cette laryngite, qui a pour cause principale le froid, est l'apanage exclusif du jeune âge. Elle frappe, en effet, les enfants de deux à cinq ans d'après Trousseau, et de deux à sept ans d'après les auteurs du *Dictionnaire encyclopédique*. C'est l'avis auquel je me rangerai, ayant eu l'occasion de constater maintes fois cette sorte de névrose chez les enfants de six à dix ans sans distinction de sexe. Trousseau en rapporte un cas constaté chez un enfant de treize ans; un autre auteur aurait observé une laryngite striduleuse chez un jeune homme de dix-neuf ans. Mais il est probable que, dans ces cas, il s'agissait de laryngites liées soit à la dentition, soit à la présence de vers intestinaux, ou peut-être à des lésions nasales sur lesquelles l'attention n'aurait pas encore été suffisamment appelée à cette époque. Je dois encore vous signaler parmi les causes incriminées l'embarras gastrique, les fièvres éruptives (la rougeole surtout), et enfin l'herpétisme accusé par quelques auteurs de prédisposer aux récidives fréquentes. Faut-il ajouter que toutes les causes habituelles de la laryngite catarrhale (variations asmosphériques, habitations humides, froides, etc.) trouvent encore leur place dans cette étiologie?

Symptomatologie. — La laryngite striduleuse débute par un accès de dyspnée survenant la nuit entre onze heures et minuit, et très souvent vers une heure du matin. Cet accès a été décrit par Trousseau d'une façon si magistrale, que tous les auteurs qui sont venus après lui se sont bornés à reproduire son récit, sans du reste y ajouter grand'chose. L'enfant qui s'était endormi tranquille en apparence, se réveille effrayé et pris d'une difficulté pour respirer d'une intensité absolument variable; il pleure, crie, se débat, cherche de l'air, comme s'il étouffait, plié en avant, la face plus ou moins congestionnée, et les yeux saillants exprimant l'angoisse et la terreur. La respiration est sifflante, stridente, striduleuse. La crise est

accompagnée d'une toux aboyante, sonore, dite croupale, qui ressemble bien réellement à l'aboiement d'un chien, plutôt qu'à une toux d'enfant. La gorge du jeune malade semble absolument sèche; tellement la toux est stridente et rauque, mais sèche. L'accès dure de quelques minutes à un quart d'heure ou une demi-heure; il est unique ou répété; une fois passé, l'enfant se rendort avec un peu de malaise et de fatigue générale. Le matin il se réveille relativement gai, reprend ses jeux et par son attitude fait presque oublier les craintes qu'il avait inspirées la nuit. Il est possible de voir tout disparaître après une première attaque, la voix demeurant simplement enrouée; la toux devient molle et bientôt le rétablissement est complet. Mais le plus fréquemment on voit l'accès se renouveler pendant plusieurs nuits consécutives, en diminuant chaque fois d'intensité.

Quelquefois, et je dirai même le plus souvent, il arrive qu'on avait la veille constaté chez l'enfant un certain degré d'enrouement, de la toux sèche et quinteuse, et que de plus il était mal à l'aise depuis un ou deux jours. Il faudrait conclure de là qu'il y aurait du catarrhe du larynx, la veille de l'accès, Pendant la nuit le catarrhe du larynx s'aggraverait et provoquerait l'apparition de l'accès.

Dans d'autres cas, on constate la veille ou simplement le soir un enchifrènement nasal plus ou moins marqué, le sommeil de l'enfant n'est pas tout à fait aussi calme que d'habitude, et tout à coup il se réveille pris de cette suffocation que les mères connaissent toutes et que l'affolement des parents d'une part, les pleurs et les efforts des enfants de l'autre, ne font qu'augmenter.

Mécanisme de l'accès. — D'après Niemeyer et Morell-Mackenzie, la dyspnée serait due à l'accumulation dans le larynx de sécrétions qui se dessèchent et rétrécissent l'orifice

vocal. L'action musculaire serait absolument secondaire et tous les phénomènes qui déterminent l'angoisse seraient imputables aux mucosités seules. Celles-ci, au moment de l'accès et par suite des efforts de toux, seraient violemment expulsées et l'obstacle ayant ainsi disparu, l'enfant reprendrait sa respiration normale et se rendormirait aussitôt.

Krishaber et Peter admettent, avant l'accès, l'existence de troubles respiratoires empêchant l'enfant de prendre assez d'air, et d'après ces auteurs l'on verrait alors survenir l'accès quand l'hématose ne se ferait plus suffisamment.

Mais je ne vois pas là l'explication du début des troubles; à quoi est dû en effet le manque d'air? Voici l'explication que je crois pouvoir vous en donner. Que si nous étudions la respiration chez l'enfant, en nous rappelant qu'elle s'effectue exclusivement chez lui par la voie nasale et en ayant d'autre part présente à l'esprit la pathogénie de certaines affections de la poitrine, peut-être trouverons-nous là une explication plausible à la question que nous nous sommes posée. En effet, on peut, — et cela, j'ai pu l'observer assez souvent sur mes propres enfants, — chez ceux qui sont menacés d'une crise de laryngite striduleuse, admettre qu'il existe au début de la difficulté respiratoire.

Or, cette difficulté me paraît résulter d'un véritable gonflement (congestion) de la muqueuse nasale dont l'enchifrènement plus ou moins marqué est la conséquence; c'est là à mon sens le début de la crise et de tous les accidents que l'on voit ensuite. C'est du reste, ainsi que vous le verrez un peu plus tard, une hypothèse que semble venir vérifier le traitement.

Il s'agirait donc ici d'une véritable névrose réflexe d'origine nasale comme le sont bon nombre d'affections spasmodiques des voies respiratoires chez l'adulte, accès de spasme glottique sur lesquels M. Ruault vient encore tout récemment d'appeler l'attention et que nous étudierons plus tard. (Voir Spasmes du larynx.)

Quant à l'examen de l'organe vocal, comme il est généralement fait le lendemain de l'accès, il donne un résultat négatif. Rauchfuss affirme cependant qu'à l'examen laryngoscopique, il a pu constater des modifications de la muqueuse au niveau des points tuméfiés et infiltrés; et il tient aussi grand compte de l'accumulation des sécrétions et de l'obstruction qu'elles déterminent. Gottstein, dans tous les examens qu'il a pratiqués, pendant le jour, il est vrai, n'a jamais constaté une tuméfaction assez prononcée de la muqueuse pour l'autoriser à supposer l'existence d'une sténose inflammatoire. Il accorde une grande importance au spasme réflexe du constricteur de la glotte qui serait une cause fréquente de dyspnée.

Il ne faut pas oublier que les accès de laryngite striduleuse sont très souvent chez les enfants le premier symptôme d'une affection plus grave des voies respiratoires (bronchite, bronchopneumonie), ce qui expliquerait dans ces cas l'existence de lésions matérielles sur la muqueuse vocale; mais dans les cas de spasme on est convaincu que le larynx est intact, seulement un peu rouge après l'accès.

Marche. — La laryngite striduleuse a une marche très irrégulière, car elle peut disparaître sans laisser de traces, de même qu'elle peut aussi s'accompagner de trachéite, de bronchite et même de broncbite capillaire. L'accès une fois terminé, il est de règle de voir l'enfant reprendre son sommeil, calme et tranquille jusqu'au lendemain matin, sans conserver la moindre trace de son mal. Les accès peuvent aussi se renouveler pendant plusieurs nuits de suite, en diminuant chaque fois d'intensité.

On a cependant noté dans certains cas des troubles vocaux persistants après l'accès (enrouement, aphonie même); mais ces faits sont assez rares pour que nous puissions les considérer comme à peu près exceptionnels.

TERMINAISON. — PRONOSTIC. — La terminaison habituelle est la guérison. Trousseau rapporte trois cas de mort survenue à la suite de laryngite striduleuse. Dans l'un de ces cas, celui précisément qui concerne l'enfant de treize ans dont je vous ai parlé, on trouva à l'autopsie du gonflement des cordes; aussi serais-je porté à croire qu'il s'agissait, selon toute probabilité, d'un œdème du larynx, et les affirmations de Gottstein viennent encore à l'appui de cette opinion.

D'autres auteurs, Milliard notamment, ont aussi cité des cas de mort; mais, il faut bien l'avouer, ce sont là des faits absolument rares. Aussi peut-on dire d'une façon générale que le pronostic de la laryngite striduleuse est bénin; seules les complications dont elle est parfois le début offrent quelque gravité.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic se fait aisément; on pourra bien songer au croup, mais comme le dit Trousseau : « La laryngite striduleuse commence comme le croup finit », et il vous suffira d'un peu d'attention pour éviter de confondre ces deux affections. Il est des cas où la laryngite catarrhale peut n'être que le début d'une inflammation diphtéritique, mais il est rare alors de voir l'accès se dérouler avec un ensemble symptomatique aussi grave ; puis, la voix et la toux, éteintes dans l'un, sonores dans l'autre; la marche de la maladie, continue dans le croup, intermittente dans la laryngite striduleuse, ne vous permettraient pas une longue hésitation. L'œdème de la glotte, la coqueluche, méritent à peine d'être signalés dans le diagnostic différentiel. Pourrait-on songer à l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes, l'erreur serait alors plus facile à commettre, surtout privé de renseignements à cet égard. Mais ici, outre les accès de suffocation diurne, et se renouvelant fréquemment, l'examen du larynx et du thorax, les caractères de la toux, et surtout la marche du mal, telles seront les données utiles dont il vous faudra tenir compte

pour établir votre diagnostic. On pourrait assez facilement confondre avec le spasme de la glotte ; mais il est vrai de dire que dans la laryngite striduleuse il s'agit d'un véritable spasme musculaire.

Traitement. — La première précaution que vous aurez à prendre pour les enfants atteints de pseudo-croup, sera d'éviter pour eux les causes de refroidissement de toutes sortes. A cet effet vous leur ferez garder la chambre dans laquelle on maintiendra une température constante de quinze à dix-huit degrés. Il sera préférable encore de les tenir au lit. L'écueil à éviter dans le traitement de la laryngite striduleuse, c'est l'administration de médicaments intempestifs. On prescrira un léger vomitif qui aura pour effet de décongestionner la muqueuse vocale, mais il faudra être prudent dans l'usage de cette médication. Si vous êtes présent au moment de l'accès, vous ferez placer au devant du cou une éponge imbibée d'eau chaude ; et aux membres inférieurs des sinapismes. Si vous le pouvez, vous ferez respirer l'enfant doucement par le nez et au besoin vous tâcherez, s'il peut vous comprendre, de lui faire retenir son souffle pendant quelques secondes ; c'est là un moyen sûr et rapide de calmer la suffocation dans les cas rares où l'on peut employer. Les meilleurs résultats sera encore obtenus par les vaporisations d'eau chaude légèrement additionnée d'acide phénique. Tous les auteurs en effet recommandent à juste titre des fumigations d'eau chaude dans le lit du malade, et le soulagement produit de la sorte est vraiment surprenant.

Pendant toute la durée de la maladie vous ferez prendre des boissons chaudes ; de plus, comme les accès ne se montrent que la nuit et à une heure qui est sensiblement la même, vous réveillerez l'enfant quelques instants auparavant pour le faire boire. Maintenant, si vous voulez bien admettre avec moi l'origine réflexe de la toux, ayant le nez pour point de départ,

je crois rationnel de dire que vous vous trouverez très bien de badigeonner les fosses nasales avec une solution de cocaïne, ce qui permettra une respiration beaucoup plus libre; ou, si le badigeonnage est impossible vu l'indocilité de l'enfant, vous pourrez faire insuffler dans les cavités du nez une poudre contenant cet agent. La poudre suivante pourra être utilisée avec quelques avantages :

Chlorhydrate de cocaïne	de	15 cent. à 80 cent.
Camphre pulvérisé..............		50 —
Acide borique pulvérisé	8 gram.	»

L'insuffler le soir au moment de se coucher.

Quant aux vésicatoires et aux saignées je les considère comme tout à fait inutiles, et même nuisibles, ce dont vous vous convaincrez facilement en vous rappelant la pathogénie des accidents, si vous assistez à l'accès.

Si la laryngite reconnaît pour cause la dentition, il est tout indiqué de s'occuper de l'état des gencives; de même vous devrez administrer des vermifuges dans le cas de vers intestinaux; enfin dans les cas graves, vous auriez recours à la trachéotomie comme dernière ressource, après avoir essayé de la respiration artificielle et de tous les moyens dont vous disposerez en pareille occurrence.

HUITIÈME ET NEUVIÈME LEÇONS

Laryngite œdémateuse aiguë.

SOMMAIRE. — Quelques mots d'historique. — Définition et dénominations diverses sous lesquelles on l'a décrite. — Formes secondaires et idiopathiques. — Étiologie de cette dernière; l'œdème pourrait être de nature parasitaire; il est très souvent secondaire; il n'est pas très rare dans la fièvre typhoïde. — Symptomatologie. — La voix peut être intacte, les symptômes classiques sont loin d'exister toujours; le toucher digital doit être rejeté comme méthode d'examen; le laryngoscope est préférable. — Aspect des parties œdématiées dans le miroir. — Marche; pronostic. Il est grave si l'œdème s'établit rapidement, mais pas toujours fatal même dans ces cas.

MESSIEURS,

Bien que je n'aie nullement l'intention de vous faire l'historique complet de la laryngite œdémateuse aiguë, ce qui serait sortir du cadre habituel de nos conférences, je ne saurais cependant passer sous silence les noms de Bayle, Tuilier, Cruveilhier et surtout celui de Sestier. Ce dernier auteur, en effet, a consacré à l'angine laryngée œdémateuse, un mémoire important paru en 1852 et dont la publication marque le véritable point de départ de l'étude de la laryngite œdémateuse. Malgré la confusion qui régnait à cette époque entre la

phtisie laryngée et l'affection qui nous occupe, on ne pourrait cependant se refuser à accorder le plus vif intérêt au travail de Sestier.

Quelques années après la publication de ce mémoire l'introduction du laryngoscope dans la pratique médicale vint modifier l'état de nos connaissances sur cette importante question, et en changer peu à peu presque toute la symptomatologie. C'est ainsi qu'il vous sera facile de voir que les symptômes de cette affection, si bien décrits par Trousseau et la plupart des auteurs classiques, sont en réalité une véritable exception dans la pratique.

L'œdème aigu du larynx est aujourd'hui une entité morbide bien connue et bien établie et que l'un de mes anciens chefs de clinique, le Dr Charazac, a longuement étudiée dans son travail inaugural (1885).

Citons encore les noms d'Isambert, Krishaber et Peter, Fauvel, Massei, Morell-Mackenzie, Ziemssen, Semon, Gouguenheim, Solis-Cohen, Schnitzler, Schiffers, etc., etc., pour ne rappeler que les plus connus de ceux qui ont apporté leur contingent à l'étude de cette affection encore peu étudiée ou bien discutée en 1881, époque où je publiais moi-même, dans la *Revue de Laryngologie*, un travail sur ce sujet.

Définition. — La *laryngite œdémateuse* a été décrite sous des noms divers; ainsi on en a d'abord fait l'œdème aigu de la glotte, opinion aujourd'hui abandonnée pour cette excellente raison que la glotte n'étant à proprement parler qu'un espace vide, il serait difficile de concevoir une maladie de cet espace. On l'a encore décrite sous les noms d'angine avec infiltration laryngée (Sestier), de laryngite phlegmoneuse (Ziemssen, Goix), méconnaissant ainsi la nature du liquide infiltré; laryngite sous-muqueuse (Cruveilhier); définition évidemment incomplète et prêtant à la confusion; aussi me semble-t-il préférable de la désigner simplement sous le nom de laryn-

gite œdémateuse, ayant ainsi l'avantage de ne préjuger en rien de la nature de l'œdème.

FORMES. — La laryngite œdémateuse avait été, jusqu'à ces derniers temps, considérée comme symptôme secondaire et non comme affection idiopathique; mais il est aujourd'hui parfaitement établi, par des faits nombreux, que cette maladie peut exister seule, indépendamment de toute autre inflammation laryngée, et c'est ainsi que je veux vous la décrire tout d'abord. De cette sorte nous étudierons la *laryngite œdémateuse aiguë* en tant qu'affection primitive, et en second lieu, comme affection secondaire.

ÉTIOLOGIE. — La *laryngite œdémateuse aiguë primitive* peut être due au froid qui à lui seul pourra déterminer un mouvement fluxionnaire aigu assez intense pour amener une infiltration séreuse dans l'épaisseur de la muqueuse du larynx. C'est ainsi que vous connaissez tous le cas rapporté par M. Trousseau, d'un ivrogne endormi dans un fossé et qui, sous l'action du froid, fut atteint, en une heure ou deux, de laryngite œdémateuse. Un cas analogue, terminé par la mort, est rapporté par M. Laveran; trois autres par Lefferts (de New-York). A ces faits je pourrais ajouter un cas analogue, tiré de ma pratique personnelle.

Un second ordre de causes, ce sont les fatigues vocales. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer l'affection chez des musiciens jouant dans les concerts où, comme on le sait, existe une atmosphère toute spéciale. Semon (de Londres) en a constaté un exemple chez un chanteur, et M. Martel attribuait aussi un fait d'œdème de la muqueuse aryténoïdienne droite à la fatigue vocale et à l'impression du froid combinées. J'ai pu également montrer à la Clinique, il y a déjà quelques années, un chanteur de café-concert pris subitement,

après une fatigue vocale exagérée en plein air, d'un œdème aigu des replis ary-épiglottiques.

En dehors de ces causes, il faut signaler les traumatismes, qu'ils soient déterminés par des liquides bouillants, ou des caustiques portés, volontairement ou non, dans la gorge.

Les corps étrangers (os, côtes de feuilles de tabac (Ziemssen), éclats de bois, etc..), pénétrant dans l'arrière-gorge, où ils ne peuvent être déglutis, et y faisant un séjour de quelque durée, seront aussi capables d'occasionner des accidents inflammatoires œdémateux rapides du côté de l'organe vocal. Je dois encore, pour tâcher d'être complet, vous signaler les suffusions séreuses observées à la suite de tentatives opératoires faites sur le larynx. C'est ainsi qu'après l'extirpation de tumeurs laryngées, j'ai vu survenir des poussées œdémateuses du côté des replis épiglottiques ou au niveau des cordes vocales après des tentatives trop souvent répétées ou longues, la muqueuse ayant été soit contusionnée, soit maladroitement déchirée par la pince.

Dans d'autres circonstances, ces mêmes accidents pourront être le résultat de traumatismes agissant non plus à l'intérieur mais bien à l'extérieur du cou : c'est ainsi que le Dr Charazac rapporte dans sa thèse des observations de Gibb, Holthouse et Maclean, concluantes à cet égard. Il est, je crois, inutile d'ajouter qu'après les opérations pratiquées sur le larynx par la voie externe, thyrotomie, cricotomie, etc., il est assez habituel de voir se produire une poussée œdémateuse suraiguë, souvent très considérable et qui asphyxierait le malade si ce dernier n'était muni d'une canule trachéale ; c'est là un fait de pratique qu'il faudra vous rappeler à l'occasion si jamais vous voulez agir sur l'organe vocal d'un malade auquel vous n'auriez pas fait subir la trachéotomie.

La laryngite œdémateuse a aussi été observée à la suite d'injections médicamenteuses : M. Fauvel en a constaté un

cas chez un individu qui avait absorbé 0,25 cemtigrammes d'iodure de potassium. M. Huchard en a signalé un autre fait observé dans les mêmes circonstances chez un ataxique. Mais, il faut le dire, ce sont là des faits absolument spéciaux et avec lesquels vous n'aurez pas souvent à compter dans la pratique.

Enfin dernièrement on a pensé que la laryngite œdémateuse pourrait bien être une affection parasitaire.

Cette hypothèse, émise par M. Garel (de Lyon), pourrait au premier abord paraître exagérée : cependant, si l'on veut bien se rappeler que beaucoup d'auteurs attribuent aujourd'hui à l'œdème une nature érysipélateuse, on ne sera plus aussi surpris de l'opinion de M. Garel, D'autre part, comme il est démontré, par les recherches récentes, que les parties supérieures des voies aériennes sont de véritables nids à microbes et qu'en outre ceux-ci peuvent agir sous l'influence de certaines causes déterminantes, il me paraît très rationnel de tenir grand compte de ces agents dans l'étiologie de la laryngite œdémateuse aiguë primitive.

Je désire vous présenter une dernière remarque relative à l'âge et au sexe des sujets. Ces deux facteurs, en effet, paraissent avoir leur inportance dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Il serait rare de rencontrer la laryngite œdémateuse avant l'âge de dix-huit ans ; de même on ne l'observerait qu'accidentellement après cinquante ans. Ainsi sur 215 cas, Sestier n'aurait trouvé que 5 enfants au-dessous de cinq ans, dont un enfant nouveau-né, et 12 cas entre cinq et quinze ans. Il a constaté en outre que sur 187 adultes, il n'y avait eu que 56 femmes pour 131 hommes. En un mot., l'œdème aigu du larynx s'observerait surtout à l'âge moyen de la vie et chez les hommes, c'est-à-dire dans les conditions les plus propres au développement des affections aiguës.

Quoi qu'il en soit, et malgré ce que nous venons de dire, il ne faudrait pas considérer cette affection comme très fréquente.

Certains auteurs, en effet, comme Gottstein par exemple, doutent que l'infiltration séreuse du larynx puisse se présenter généralement comme affection essentielle. A mon avis, aussi, il serait exagéré de penser que généralement les choses se passent de la sorte; pourtant pour vous rassurer, je vous dirai qu'en 1852 déjà, Sestier affirmait avoir trouvé 36 cas d'œdème primitif sur 190 cas observés, tandis que le Dr Charazac affirme de son côté n'avoir pu réunir en 1885 que 21 faits bien authentiques d'œdèmes aigus primitifs, ayant été obligé après examen sérieux d'éliminer de cette catégorie plusieurs cas rapportés comme tels par Sestier. J'avais été moi-même conduit à faire cette élimination dans le travail publié sur ce sujet en 1881 dans lequel je réduisais les observations de Sestier à leur véritable nombre.

A côté de l'œdème primitif, je dois vous signaler les œdèmes dits secondaires. Ceux-ci, survenant par propagation, peuvent être consécutifs soit à des lésions de voisinage, soit à l'altération d'organes plus éloignés. Ainsi vous observerez assez souvent de la laryngite œdémateuse dans les cas d'abcès rétro-pharyngiens inférieurs ou dans les abcès de la base de la langue. Elle se montre encore à la suite d'angines suraiguës, d'ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques du larynx, de périchondrites, d'inflammations ganglionnaires du cou.

On l'a vue accompagner l'angine de Ludwig, les furoncles et les anthrax du cou et de la nuque. Il serait aussi fréquent, au dire des auteurs, de constater de l'œdème aigu du larynx au cours de certaines inflammations de la colonne vertébrale. Enfin elle serait encore déterminée par des altérations du médiastin qu'elles fussent aiguës ou chroniques, par des

anévrysmes de l'aorte et aussi peut-être par la dégénérescence amyloïde des nerfs.

La laryngite œdémateuse aiguë est assez souvent liée à l'évolution secondaire de maladies aiguës. Aussi, comme nous le disions tout à l'heure, peut-on la constater au cours de l'érysipèle. M. Massei (de Naples) prétend même que cette affection reconnait toujours pour cause un érysipèle primitif. C'est une opinion qui a su rallier de nombreux partisans, parmi lesquels je vous citerai Sestier, Türck, Semeleder, Radcliff et Semon qui sont venus apporter des observations d'érysipèle primitif du larynx. Si l'on s'accorde à dire que le plus souvent l'érysipèle débute par le pharynx pour gagner la face, il n'est que juste cependant d'admettre que l'affection peut aussi marcher en sens contraire.

Dans la variole il est possible d'observer une infiltration œdémateuse survenant en général vers le neuvième ou le dixième jour, à l'époque de la pustulation. Cette remarque, faite par Trousseau, a été confirmée par Krishaber qui aurait vu aussi des pustules du côté du larynx. Celles-ci auraient été aperçues au niveau des replis ary-épiglottiques de la base de l'épiglotte, dans la portion sous-glottique et rarement sur les cordes vocales inférieures. C'est une opinion qu'il me serait fort difficile d'appuyer ou d'infirmer, car je n'ai à cet égard aucune expérience personnelle. Sestier, dans un seul cas, aurait vu de la suffusion hémorragique, ce qui s'expliquerait du reste assez facilement car il s'agissait dans cette observation particulière d'une variole hémorragique.

Dans la scarlatine ou la rougeole les œdèmes du larynx sont rares. « La scarlatine n'aime pas le larynx », avait dit Trousseau. Cette antipathie semble persister toujours, car il est excessivement rare que l'attention soit appelée du côté de l'organe vocal au cours de la fièvre scarlatine. On a cependant quelques exemples de laryngite œdémateuse survenue pendant

la fièvre scarlatine; il est fort probable qu'il s'agissait alors d'un œdème albuminurique.

La fièvre typhoïde dans certains cas à allures spéciales et à marche sérieuse peut être compliquée de laryngite œdémateuse. Mais l'œdème séreux est très rare et presque toujours on rencontre en même temps de la nécrose. C'est qu'en pareil cas, en effet, il s'agit de périchondrites localisées au larynx et surtout au niveau des éminences aryténoïdes.

Les diverses articulations du larynx peuvent être prises séparément ou en totalité, et il devient dès lors facile de comprendre toute l'étendue des lésions dont l'organe vocal sera le siège.

Vous trouverez des observations de ce genre rapportées par MM. Dignat et Mandillon et publiées dans les bulletins de la Société d'Anatomie de Bordeaux.

Citons encore quelques affections rares où on pourrait rencontrer la laryngite œdémateuse bien que l'examen laryngoscopique n'ait pas été pratiqué. On en aurait observé des cas dans le cours du choléra (Sestier); j'ai pu moi-même, il y a quelques années, chez un malade atteint de choléra nostras, constater de la décoloration de la muqueuse avec gonflement et suffusion des replis ary-épiglottiques. Dans ce cas particulier, le malade atteint d'aphonie éprouvait, en outre, une gêne respiratoire considérable. La pathogénie des œdèmes aigus que l'on peut observer du côté du larynx dans certains cas de pyohémie, d'endocardite ulcéreuse, de septicémie, est encore entourée d'une obscurité trop épaisse pour qu'il me soit possible d'y insister ici; je me borne simplement à vous signaler ces faits pour que vous soyez avertis de leur possibilité.

Symptomatologie. — L'œdème aigu du larynx donne lieu à des symptômes divers, parmi lesquels se rangent, en première

ligne, les troubles fonctionnels qui se manifestent du côté de la voix. Celle-ci, en effet, pourra être quelquefois intacte, mais le plus souvent elle sera légèrement altérée par suite de l'œdème ou de l'état catarrhal des cordes vocales. En pareil cas, on se trouve en présence de troubles vocaux d'origine mécanique. La voix rauque, voilée, sans aucun timbre éclatant ou même éteinte souvent à cause du défaut de rapprochement des cordes vocales en arrière, pourra, dans certains cas, n'offrir aucune ou à peine quelques traces d'altération, même avec des suffusions relativement considérables.

Le symptôme le plus saillant est constitué par de la gêne respiratoire qui augmente parfois avec une très grande rapidité. Ce symptôme avait été noté par Trousseau qui lui avait attribué toute son importance. Cette gêne respiratoire pourra être caractérisée par une inspiration sifflante avec expiration libre, ou bien au contraire la gêne se manifestera aux deux temps de la respiration. On distingue encore dans certains cas du ronflement guttural. (Bayle, Tuilier, Sestier.) Des accès de suffocation surviennent quelquefois lorsque le malade est dans le décubitus dorsal ou bien exécute des mouvements. L'existence de ce phénomène indique que la suffusion séreuse est très abondante et qu'elle est apparue subitement. C'est en pareil cas qu'il est possible d'observer des phénomènes dyspnéiques très graves.

L'œdème rapide avec sténose immédiate mettant de suite la vie du malade en danger, s'observerait dans les cas de corps étrangers enclavés intimement dans le larynx, ou dans la convalescence chez des personnes très affaiblies. Gottstein qui émet cette opinion ajoute qu'il pourrait en être ainsi dans le cours de la maladie de Bright à la suite de tumeurs médiastinales et d'anévrysmes de l'aorte.

Lorsque l'œdème du larynx se sera montré subitement et aura acquis une très grande intensité, vous pourrez assister à un tableau clinique qu'il vous sera impossible d'oublier quand

une fois vous l'aurez vu. Le malade, en effet, ne tarde pas à avoir la face congestionnée, il étouffe littéralement par suite du manque d'air; il porte la main à la gorge comme pour écarter quelque chose qui l'étranglerait. Bientôt il se dresse sur son lit, les yeux hagards, le visage absolument cyanosé, donnant à sa poitrine la plus grande amplitude pour y faire pénétrer l'air qui s'obstine, et pour cause, à ne pas franchir la glotte. Dans ce cas, l'angoisse ne saurait être de longue durée, car si l'on n'intervient pas, c'est une mort prompte par asphyxie qui termine la scène.

Sans être d'une fréquence absolue, le tableau que je viens de vous décrire se présente cependant assez communément dans la terrible affection dont nous nous occupons; aussi peut-elle, à ce titre, être rangée parmi l'une des plus épouvantables. Mais je me hâte d'ajouter qu'il n'en est pas toujours ainsi, car les malades s'habituent parfois à ce manque d'air relatif.

J'ai publié l'observation d'un malade, chez lequel on constatait, au niveau de l'orifice glottique, l'existence de deux tumeurs dont l'une grosse comme une noisette et l'autre du volume d'une amande; les replis ary-épiglottiques faisaient une saillie considérable : l'un d'eux venait proéminer dans l'orifice glottique, pendant que l'autre restait immobile. Le malade n'avait ni tirage, ni cornage et était si peu incommodé qu'il pouvait même chanter au début.

Ainsi, Messieurs, vous ne devez pas songer à vous trouver toujours en présence de phénomènes classiques bien déterminés et bien identiques à eux-mêmes. Il est des cas où les replis ary-épiglottiques faisant saillie à l'orifice de la glotte, sont aspirés pendant l'inspiration qui de la sorte devient sifflante, alors qu'au contraire l'expiration est absolument libre. Pendant la nuit, la suffusion séreuse augmentant en même temps que diminuent les mouvements inspiratoires, il en résulte une gêne croissante qui se traduit par des

accès de suffocation amenant dans certains cas déterminés la mort presque subite.

La douleur est généralement nulle, sauf peut-être dans l'œdème inflammatoire de nature érysipélateuse. Les malades accusent à la gorge une sensation de brûlure. Chaque effort de déglutition est accompagné de gêne respiratoire. Mais le phénomène constant, c'est la sensation de barre et de corps étranger. Cette sensation qui parfois constitue le symptôme initial, est d'autant plus marquée que l'œdème est situé plus haut; ce qui tendrait à le prouver, c'est ce fait que lorsque l'œdème a pour siège les cordes vocales, les malades n'accusent plus cette sensation. On observe encore dans la plupart des cas une toux sèche occasionnée par les efforts que fait le malade pour chercher à débarrasser son arrière-gorge.

Les symptômes généraux, habituellement peu marqués, se traduisent par un peu de fièvre, de la courbature, de la céphalalgie; souvent même, ils font absolument défaut.

Les autres symptômes de l'affection, symptômes objectifs, étaient fournis jadis par le toucher digital. Ce dernier permettait, dit-on, de se rendre compte de l'existence de la laryngite œdémateuse; c'est ainsi que procédaient Bayle, Sestier, Trousseau, qui portaient leur doigt sur la base de la langue pour déterminer la nature du processus morbide.

Mais d'abord le toucher n'est pas un guide très sûr, car il fournit des sensations absolument confuses; en outre, certains malades ayant le pharynx très profond, et d'autre part, le médecin pouvant avoir le doigt trop court, l'exploration digitale pouvait ainsi être rendue difficile sinon tout à fait impossible, lorsque l'œdème n'était pas considérable.

Enfin, vous ne devez pas oublier que les patients sont parfois en imminence de mort subite et que ce serait leur faire courir les plus grands dangers que de porter le doigt dans leur arrière-gorge. Pourtant il se peut que vous soyez réduits

au seul toucher digital comme moyen d'investigation, chez les enfants par exemple. Il faudra alors procéder avec la plus grande circonspection pour ne pas provoquer la suffocation, car chez ces petits êtres l'orifice glottique est, vous le savez, très étroit, et c'est là une condition anatomique dont il faudra vous souvenir, ainsi que de l'abaissement de l'épiglotte sur l'ouverture du larynx. Aussi, ne puis-je vous recommander le toucher digital que pour les cas où vous serez absolument contraints d'en faire usage par les circonstances ou par l'âge des sujets. Rappelez-vous en effet que même dans ces cas il vaudra encore mieux vous servir du laryngoscope qui n'offre aucun danger, dès qu'on est devenu quelque peu familier avec son maniement. Tout ce que vous pouvez redouter, c'est l'apparition de quelques accès de toux ou de suffocation qui ne se reproduiront plus quand vous arriverez à appliquer le miroir avec un peu d'habileté.

Grâce au laryngoscope, et suivant le siège de l'œdème, vous pourrez observer du côté de l'épiglotte une déformation partielle ou totale suivant que la suffusion l'aura envahie en partie ou en totalité. Si ses deux bords latéraux sont profondément infiltrés, vous verrez alors deux bourrelets adossés l'un à l'autre et cachant la partie médiane de cet opercule. Si l'œdème intéresse en outre son bord libre et toute la surface laryngienne, la déformation sera complète et vous observerez une grosse tumeur arrondie pouvant acquérir le volume d'une noix et venant masquer complètement l'orifice du larynx. C'est alors un véritable museau de tanche utérin dont l'orifice est simulé par les bords tuméfiés et accolés de l'opercule glottique.

Si les replis ary-épiglottiques sont tous les deux atteints, vous verrez alors comme deux saillies pyriformes adossées par leur grosse extrémité. La région inter-aryténoïdienne s'effaçant, les deux replis peuvent encore se juxtaposer de la même façon et offrir alors l'aspect de deux grains énormes

de raisin blanc (Trousseau) ; ou, dans quelques cas, celui de deux vessies de poisson flottantes, auxquelles chaque mouvement imprime un ballottement bien net. Quelquefois l'œdème est unilatéral, un seul des replis ary-épiglottiques se trouvant intéressé; vous constatez alors l'existence d'une tumeur ovoïde, allongée d'avant en arrière, à grosse extrémité postérieure qui se détache d'autant plus nettement que l'autre repli demeure intact. Cet œdème peut rester localisé à un seul côté pendant fort longtemps ; quelquefois même l'autre repli ne participe nullement au processus. Dans tous ces cas, la muqueuse peut offrir des aspects différents : tantôt elle est grisâtre, complètement décolorée, lisse et tendue comme de la pelure d'oignon, paraissant très amincie et comme prête à éclater ; d'autres fois elle est striée de taches rougeâtres se détachant nettement sur le fond incolore; enfin elle peut offrir une teinte rouge uniforme très prononcée et d'intensité variable.

Si la suffusion est purulente, la rougeur devenue violacée peut alors présenter un aspect érysipélateux. L'œdème de la muqueuse peut gagner les bandes ventriculaires qui apparaissent alors tuméfiées au moment de l'inspiration. Il est enfin nécessaire que vous sachiez que l'œdème, dans certains cas, atteint les cordes vocales inférieures elles-mêmes. Ces faits sont rares, à la vérité, mais ils semblent devenir plus fréquents à mesure que se vulgarise davantage l'usage du laryngoscope. En effet, en dehors de l'observation de Semon à laquelle j'ai déjà fait allusion, Risch en a rapporté un cas qui se serait en peu de temps terminé par la mort; car les cordes vocales inférieures, toutes les deux œdématiées, fermaient hermétiquement le larynx; à ces faits, sont venues s'ajouter des observations nouvelles et dans leurs livres MM. Gottstein et Morell-Mackenzie disent avoir eu l'occasion d'en voir plusieurs exemples. Le premier de ces auteurs aurait surtout observé de l'œdème unilatéral et la corde affectée ressemblait

alors à un petit polype muqueux; dans les deux cas rencontrés par Mackenzie, il s'agissait, il est vrai, de manifestations syphilitiques tertiaires, et je ne vous les signale qu'à titre de curiosité. J'ai également montré à quelques-uns d'entre vous un exemple de ce genre dans lequel l'œdème occupait la corde vocale gauche et était survenu à la suite d'attouchements répétés de la muqueuse vocale faits avec une solution de cocaïne (au $^1/_{10}$). Dans ces cas, les cordes œdématiées semblent recouvertes dans toute leur longueur, ou tout au moins dans leur partie moyenne, d'une tumeur myxomateuse grisâtre, transparente même à son centre et plus ou moins rosée sur ses bords.

Marche. — La marche de l'œdème affecte des formes diverses; elle peut être rapide, foudroyante même comme dans les observations rapportées par Trousseau et Laveran; ces cas ne sont même pas très rares. D'autres fois, l'affection marche très lentement, l'œdème se produisant pour ainsi dire par poussées successives; c'est alors que la dyspnée survient par accès avec des rémissions assez fréquentes et qu'elle finit par disparaître avec la cause qui l'a produite.

Il ne faudra pas oublier que chez certains malades vous pourrez voir l'œdème se reproduire, comme l'ont fait observer Sestier et plus récemment M. Coupard, cité par M. Charazac. Ces œdèmes à répétition surviendront surtout chez les individus diathésiques et fréquemment exposés aux causes qui avaient occasionné l'apparition du mal une première fois.

Durée. — La durée de la maladie, très variable, de six à huit jours en moyenne, peut être bien plus longue si l'œdème a lieu par poussées successives, ou s'il fait lui-même partie d'une hydropisie générale consécutive à une affection du cœur ou des reins. Il en est de même pour les œdèmes dus à des compressions veineuses, à des abcès de voisinage ou autres

collections purulentes. Dans ces cas la durée de cette complication sera aussi longue que la cause déterminante de la lésion observée.

Pronostic. — Pour Sestier, il n'était pas toujours très grave, mais il faut dire que pour cet auteur existaient des confusions regrettables entre la laryngite œdémateuse idiopathique et la laryngite œdémateuse symptomatique, entre la forme aiguë et la forme chronique. Il ne faut pas croire non plus qu'on doive toujours redouter une terminaison fatale. Si celle-ci, en effet, survient assez régulièrement dans les cas à marche rapide, elle peut être conjurée quand le processus est assez lent pour permettre une intervention.

La gravité du pronostic semble d'autant plus grande que l'œdème a eu une marche plus rapide; et lorsque celle-ci s'est effectuée dans un espace de temps très court, il semble que, de suite, l'existence du malade soit mise en péril, si l'on n'a pas soin d'intervenir très hâtivement.

C'était pour un cas de ce genre que M. le Dr Natier, alors mon chef de clinique, fut un jour, en mon absence, appelé en consultation avec mes excellents confrères et amis, MM. les Drs Lande et Pousson, auprès d'un homme qui suffoquait. Le malade, âgé de quarante-cinq ans environ, avait été primitivement atteint d'une angine aiguë qui fut combattue par le médecin traitant au moyen de caustiques liquides (nitrate d'argent, jus de citron); tout à coup, après deux ou trois jours, les symptômes s'aggravèrent, et à une vive douleur, ne tarda pas à se joindre une angoisse respiratoire très pénible. M. Lande avait déjà vu le malade la veille et l'avant-veille, et rien ne lui avait fait pressentir un danger imminent. Mais au moment de la consultation il n'en était plus ainsi; toute l'arrière-gorge, les amygdales, la luette et l'épiglotte étaient le siège d'une tuméfaction considérable qui masquait complètement le larynx. La muqueuse était excessivement rouge; pas de trace de

fluctuation. État général très mauvais; cyanose de la face, petitesse du pouls qui était en outre très précipité, voix absolument voilée, presque éteinte, impossible de percevoir le murmure vésiculaire. D'un commun accord et sans la moindre hésitation, on songea à la trachéotomie pour conjurer un dénouement qui nous paraissait devoir être fatal à bref délai. Il s'agissait d'un malade vigoureux, pléthorique, dont le cou très court devait être un obstacle à l'opération, mais on ne pouvait guère différer plus longtemps ; la trachéotomie fut proposée au malade après avoir averti la famille du danger couru. Soit pusillanimité, soit pour d'autres raisons, cet homme refusa l'opération, ne consentant à s'y soumettre qu'autant qu'on pouvait lui affirmer qu'autrement il serait mort le soir. On ne pactise pas ainsi avec la mort, et de tels engagements ne sauraient être pris avec les malades; force fut donc de s'abstenir.

Heureusement, dans la nuit, l'œdème commença à disparaître, et le lendemain le malade pouvait être considéré comme sauvé.

J'ai tenu à vous mentionner ce fait pour vous apprendre que, même dans les cas désespérés, tout espoir ne doit pas être perdu. Vous devez aussi en retirer cet enseignement que la suffocation avec asphyxie n'indique pas toujours une mort certaine et n'est pas forcément justiciable de la trachéotomie. Cependant, et j'insiste sur ce point, en pareil cas n'hésitez pas à proposer l'opération et, si elle est refusée tout d'abord, tenez-vous armés pour porter un prompt secours à vos malades au cas où ils viendraient à en avoir besoin.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques de la laryngite œdémateuse sont caractérisées par une infiltration qui peut être simplement séreuse ou bien devenir séro-purulente.

M. Goix prétend que la maladie aboutirait toujours à la

formation d'un abcès; c'est là une opinion exagérée, car il existe manifestement des cas d'infiltration séreuse pure.

Sestier aurait constaté de l'infiltration hémorragique, mais il s'agissait alors, avons-nous dit, d'un malade atteint de variole hémorragique. L'infiltration se produisant avec d'autant plus de facilité que le tissu cellulaire est plus lâche, les parties atteintes sont par ordre de fréquence : les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et l'épiglotte; celle-ci sur ses faces laryngienne et linguale, rarement au niveau de son bord libre. Semon et Massei ont encore signalé de l'œdème aigu exclusivement localisé aux cordes vocales inférieures. M. Morell-Mackenzie, dans son Traité, va plus loin encore, car dans certains cas, à la vérité très rares, on aurait pu, dit-il, suivre l'œdème le long de la trachée et même jusqu'à la bifurcation des bronches. Il est évident que l'étendue de l'œdème, son intensité et sa localisation varieront avec les causes qui lui auront donné naissance. Ainsi, l'œdème du larynx provoqué par un abcès de voisinage sera beaucoup plus limité que celui qui résultera d'une maladie du cœur, par exemple. Ces particularités s'expliquent assez d'elles-mêmes sans qu'il me soit utile d'y insister autrement.

Si l'on vient à sectionner les tissus infiltrés du larynx, il ne s'écoule en général à la coupe que très peu et parfois même pas du tout de liquide; bien plus, par la pression on ne fait rien sortir. Partant de ce fait, certains auteurs ont voulu rejeter l'expression d'œdème du larynx, disant que c'était là un terme absolument impropre.

Mais il ne s'agit, à mon avis, que d'une simple discussion de mots, et si l'on veut bien considérer les symptômes objectifs de l'affection, je crois qu'il est possible de conserver cette dénomination qui ne saurait préjuger de rien et qui répond à une idée généralement reçue.

Rappelez-vous aussi que l'autopsie donne habituellement

une faible idée de l'infiltration existant pendant la vie puisque après la mort il se produit un affaissement d'autant plus marqué des parties œdématiées que le liquide infiltré était plus séreux.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'œdème du larynx pouvait présenter une certaine difficulté avant l'invention du laryngoscope; car la sténose qui constitue le symptôme principal de cette affection est loin d'être par elle-même caractéristique. Mais actuellement, grâce au miroir laryngien, on peut aisément se rendre compte de l'état des parties.

Peut-être, avant de pratiquer l'examen laryngoscopique, pourrait-on se laisser induire en erreur et songer à la paralysie des abducteurs qui simule l'infiltration des replis aryépiglottiques par suite du défaut d'écartement des cordes vocales et du cornage dont elle est accompagnée. Mais à l'aide du miroir, on fera vite disparaître toute hésitation en constatant nettement l'infiltration, son degré et sa nature.

Les anévrysmes de l'aorte peuvent aussi par compression amener de la paralysie des cordes. Les polypes, par les troubles de la voix et la dyspnée, simulent parfois la laryngite œdémateuse. Quant à l'erreur qui pourrait résulter de la présence des corps étrangers, je me bornerai à vous la signaler, les anamnestiques et le laryngoscope ne permettant pas d'y persévérer au moins dans la plus grande généralité des cas.

Il est des auteurs qui ont essayé d'établir un diagnostic différentiel entre la laryngite œdémateuse et l'œdème de la laryngite striduleuse; or, je crois, d'accord en cela avec le professeur Massei, qu'il importe peu de faire une distinction entre ces deux maladies dont la symptomatologie est sensiblement la même. Souvent, en effet, dans les deux cas on rencontre des symptômes d'infiltration des replis ary-épiglottiques.

Chez les enfants, par suite de l'embarras qu'on éprouve à pratiquer l'examen laryngoscopique, le diagnostic entre la laryngite œdémateuse et la diphtérie sera peut-être plus difficile à établir. Le rejet des fausses membranes caractérise, il est vrai, la diphtérie, mais cette expulsion ne se fait pas d'emblée ; la marche générale de l'affection, la rareté de l'œdème primitif chez l'enfant, seront encore des éléments de diagnostic dont il vous faudra tenir compte à l'occasion. Du reste, le traitement étant le même, l'erreur serait sans conséquences graves. Dans les cas de laryngite œdémateuse accompagnant un érysipèle, vous aurez tous les symptômes de l'érysipèle ordinaire, ce que vous n'observerez pas quand il s'agira d'un œdème simple. La douleur à la déglutition, la gêne respiratoire, la marche de la maladie, la température et l'aspect local, en cas d'hésitation, suffiraient souvent pour établir le diagnostic.

Enfin quand vous vous trouverez en présence d'un œdème lié à une affection générale, votre diagnostic ne sera complet qu'autant que vous aurez reconnu la nature de la cause déterminante.

Traitement. — Si vous êtes appelés au début d'une laryngite œdémateuse consécutive à une inflammation aiguë, vous administrerez à vos malades un laxatif salin (avec du sulfate de soude ou sel de magnésie par exemple à la dose de 15 à 20 grammes). Vous pourrez encore prescrire les différentes eaux purgatives universellement connues et employées par les malades. S'il s'agit d'une personne vigoureuse, vous pourrez retirer un réel bénéfice d'une saignée locale au moyen de sangsues placées en plus ou moins grand nombre de chaque côté du larynx. Les révulsifs cutanés au devant du cou ou à la nuque, et même d'après Rühle, au thorax et aux extrémités, sont encore indiqués ainsi que les cataplasmes chauds sur le larynx. De même vos malades se trouveront bien, dans certains

cas, d'inhalations astringentes, aromatiques, antiseptiques ou calmantes, de fumigations bien faites, la tête étant complètement recouverte. On a encore conseillé la glace en application au devant du cou, et prise à l'intérieur par petits morceaux.

Enfin comme agents médicaux, je vous citerai aussi les bains de pieds excitants et les tisanes chaudes (tilleul, sureau, etc., etc.), dans le but d'activer la sécrétion de la sueur.

Je tiens également à vous apprendre que M. Gottstein, dans un cas d'œdème aigu du larynx, accompagné d'œdème des extrémités au cours d'une néphrite chronique, dit avoir vu à la suite d'une injection de pilocarpine, l'œdème du larynx disparaître complètement, tandis que les autres œdèmes ne diminuaient qu'en partie. C'est là un moyen rationnel de combattre cette affection qui pourrait être employé à l'occasion.

Je ne saurais, Messieurs, passer sous silence les scarifications recommandées par certains auteurs et pratiquées pour la première fois par Lisfranc. Je ne crois pas qu'on en doive toujours retirer les bons effets qu'elles semblent promettre.

Si l'on veut bien se rappeler que les mailles du tissu conjonctif ne communiquent pas entre elles, on comprendra que l'action des scarifications doive être toute locale et qu'elles aient pour inconvénient de ne pas laisser s'écouler librement au dehors le liquide infiltré. Toutefois, si les replis infiltrés sont très ballottants, d'aspect absolument gélatineux comme l'est la luette dans quelques cas, les scarifications peuvent être utilisées et faites selon toutes les règles de l'antisepsie. On se servira à cet usage du couteau ou mieux encore de la lancette cachée. D'autres fois, le galvano-cautère appliqué sous la forme de pointes ou de raies donnera encore d'excellents résultats. Ce sont malheureusement des opérations qui impliquent une certaine habitude des manœuvres

laryngoscopiques et qui devront toujours être faites sous l'éclairage du miroir tenu de la main gauche.

Si ces divers moyens n'ont amené entre vos mains aucun résultat favorable, il vous reste une dernière ressource : la trachéotomie. Si vous vous voyez contraints à pratiquer cette opération, vous ne devez jamais oublier que la plus extrême prudence vous est imposée dans l'enlèvement de la canule, car l'orifice artificiel que vous aurez pratiqué se refermera très promptement et vos malades seront exposés par-là même à de nouveaux accidents de suffocation. En outre comme vous n'aurez ainsi combattu simplement qu'un symptôme, vous devrez ensuite vous adresser à la cause elle-même de l'œdème, et à cet effet user de toutes les ressources thérapeutiques qui seront en votre pouvoir. C'est ainsi que vous devrez veiller à l'hygiène du malade et instituer un régime approprié à son état, surtout lorsque vous aurez affaire à des œdèmes secondaires.

L'examen laryngoscopique vous dira à quel moment vous pourrez enlever la canule sans aucune crainte du retour d'accès asphyxiques.

DIXIÈME LEÇON

Abcès du larynx.

SOMMAIRE. — Définition. — Les abcès du larynx n'ont été bien étudiés qu'au commencement du siècle. — Il faut les diviser en intra et extra-laryngés. — Leur étiologie est complexe. — Causes générales ; causes locales. Influence du froid, des traumatismes, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose et autres affections générales. — Les symptômes fonctionnels sont habituellement très marqués : la douleur est vive, la voix altérée, la respiration gênée. — Dangers du toucher digital ; aspect du larynx dans le miroir ; siège de prédilection ; valeur de la tumeur ; déformation de l'organe vocal. — La pathogénie des abcès du larynx est variable. — Caractères du pus. — La marche varie avec la cause ; elle est progressive. la durée variable. — Le pronostic est sérieux sans être toujours fatal ; la guérison spontanée est possible ; la suffocation brusque peut aussi terminer la scène. — Le diagnostic est habituellement assez facile. — Le traitement sera médical et chirurgical. Résolutifs. Évacuation du pus. Trachéotomie.

MESSIEURS,

DÉFINITION. — Sous le nom d'abcès du larynx, on doit comprendre toute collection purulente formée aux dépens des parties constituantes de l'organe vocal et ayant son siège soit à l'intérieur même de cet organe soit dans les parties immédiatement avoisinantes.

HISTORIQUE. — Il est certain que les abcès du larynx ont

existé de tout temps; on ne sera pourtant nullement étonné de voir que leur connaissance est de date relativement assez récente. Il faut attribuer cette ignorance tout à la fois à la pénurie des moyens dont on disposait pour reconnaître leur existence et aussi aux notions tout à fait nulles des anciens en anatomo-pathologie. Il faut arriver en effet jusqu'au commencement du siècle actuel pour voir établie d'une façon certaine l'existence des abcès du larynx.

En 1815, en effet, Tuilier relatait dans sa thèse l'observation d'un malade qui était mort d'asphyxie au bout de deux jours, au cours d'une convalescence. Or, l'autopsie avait démontré dans ce cas, au niveau du bord supérieur du larynx, l'existence d'une tumeur molle renfermant une matière séro-purulente. Debourgues, en 1818, signala le premier cas de foyer purulent bien limité avec nécrose des cartilages. Chez un malade de Bouillaud, en 1825, on trouva le cricoïde dénudé et entouré dans presque toute son étendue d'une collection purulente. P. Cruveilhier en signalait en 1833, à la Société anatomique, un cas à peu près identique.

Je passerai sur d'autres faits isolés (Morell-Mackenzie, Bruns, Massei, Hering, etc., etc.) qui ne sauraient avoir d'intérêt qu'au seul point de vue statistique, et je signalerai plus particulièrement à votre attention l'excellent mémoire que publia Sestier en 1852. L'auteur, dans ce travail, insiste sur la « nécrose aiguë et partielle des cartilages, du cricoïde surtout, accompagnée le plus ordinairement d'abcès et parfois d'ulcérations qui ne sont elles-mêmes que la conséquence du travail nécrosique et suppurant des tissus placés au-dessous de la muqueuse ».

Enfin je terminerai cet aperçu historique en renvoyant ceux d'entre vous que la question pourrait intéresser plus particulièrement, à la thèse de M. Janicot parue en 1879 et dans laquelle on rencontre de précieuses indications. Je me propose, du reste, dans le cours de cette étude, de faire d'assez larges

emprunts à ce travail qui constitue le meilleur résumé de nos connaissances sur les abcès du larynx.

Division. — En vous reportant à la définition que je vous donnais tout à l'heure, vous comprendrez aisément que les abcès du larynx puissent se diviser en deux grandes catégories.

Si la collection purulente formée dans l'organe vocal y acquiert son développement complet et vient à se terminer sur place soit naturellement soit artificiellement, on aura une première variété d'abcès qui pourront être qualifiés d'intrinsèques. Au contraire, lorsque le pus aura fusé dans le voisinage, l'abcès situé en dehors sera alors extrinsèque ou extra-laryngé. A ces deux grandes divisions, on en pourrait joindre d'autres, suivant que la charpente du larynx a été ou non respectée par le processus nécrosique, suivant aussi que l'inflammation est restée limitée à la muqueuse, ou que le tissu musculaire a été envahi; mais nous nous en tiendrons exclusivement à la division en : 1° abcès intra-laryngés, et 2° abcès extra-laryngés, qui nous paraît la plus simple.

Étiologie. — Le premier fait qui frappe à propos des abcès du larynx, c'est qu'on les rencontre presque exclusivement chez le jeune homme et dans l'âge adulte. Cependant, on en trouve assez facilement l'explication, en ce que les hommes sont beaucoup plus exposés aux causes accidentelles que les femmes, et aussi en ce que les inflammations aiguës sont surtout l'apanage de l'adolescence et de l'âge adulte.

Les abcès du larynx sont soumis à toutes les causes qui peuvent déterminer l'inflammation généralisée de cet organe. Il est possible de leur reconnaître deux sortes de causes : 1° les unes prédisposantes ; 2° les autres occasionnelles.

A. *Causes générales prédisposantes.* — Ce sont les inflamma-

tions chroniques de l'organe vocal, compliquées d'ulcérations; les caries, les nécroses. Certaines maladies profondément débilitantes, à convalescence parfois très longue et très grave, peuvent se compliquer d'abcès de l'organe vocal. C'est ainsi qu'on en a vu assez fréquemment survenir dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la variole, de la scarlatine ou de la rougeole. On ne saurait nier non plus l'influence de certaines diathèses comme la tuberculose, la syphilis, le cancer ou la strume. Il est enfin très probable que le rhumatisme et l'érysipèle peuvent aussi jouer un certain rôle dans la production des abcès du larynx.

B. *Causes locales occasionnelles.* — Le froid, et notamment le froid humide, ont été ici incriminés comme dans beaucoup d'autres maladies, mais on n'en saurait au juste définir l'action; peut-être cela tient-il à ce que certains microbes, à ce moment suspendus dans l'air, auraient une efficacité nocive plus grande. Cette action se fait encore mieux sentir dans la convalescence des maladies que je vous signalais plus haut, ou bien au cours de l'érysipèle de la face ou de la morve.

Les phlegmasies de voisinage peuvent avoir leur retentissement sur le larynx, telles : l'amygdalite, la pharyngite, la bronchite ou des tumeurs diverses, quelle qu'en soit du reste la nature.

Les traumatismes de toutes sortes, les plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants, les compressions et les fractures peuvent encore occasionner des abcès du larynx.

En général symptomatiques d'une laryngite catarrhale chronique, les abcès du larynx peuvent cependant dans certains cas se produire d'emblée. C'est qu'alors la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux a été immédiate comme le prouvent surabondamment les faits signalés par Miller, Sestier, Lailler.

La fièvre typhoïde peut s'accompagner d'accidents laryngés d'une gravité telle que les Allemands ont cru devoir en faire une affection spéciale qu'ils ont désignée sous le nom de *laryngo-typhus*. De l'avis de Sestier, il s'agirait, dans ce cas, de manifestations locales de la diathèse purulente, gangreneuse et nécrosique dont s'accompagne assez ordinairement la fièvre typhoïde. On a dit qu'il se passait dans le larynx quelque chose d'analogue à ce qu'on observait au niveau de l'iléon et de la rate au cours de la dothiénentérie, ce qu'on a, du reste, expliqué en faisant remarquer qu'on trouvait de part et d'autre des follicules clos lymphatiques qui étaient le point de départ des abcès.

Les abcès du larynx au cours de la tuberculose ou de la syphilis paraissent maintenant suffisamment bien établis pour qu'il soit impossible d'essayer même de révoquer en doute leur existence. Il en est ainsi des abcès qui peuvent dans la convalescence venir compliquer la variole. Ainsi l'observation très curieuse de Trousseau concernant un malade qui depuis le début de la variole présentait des signes de laryngite. Subitement, il eut des accès formidables d'orthopnée et il mourut avant qu'il eût été possible de pratiquer la trachéotomie. Or, à l'autopsie, on trouva une infiltration étendue des replis ary-épiglottiques et dans l'épaisseur de la paroi pharyngo-laryngée, un abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon. La collection purulente venait en dedans faire saillie au-dessus des cordes vocales.

La pénétration dans le larynx de corps étrangers, de liquides bouillants, de caustiques solides ou liquides, etc., etc., détermineront parfois la formation de tumeurs consécutivement abcédées. Il me suffira de vous en signaler la possibilité pour qu'aussitôt vous vous accordiez à la reconnaître.

Symptômes. — Les abcès du larynx ne constituent le plus

souvent qu'un épisode d'une autre affection, leurs symptômes peuvent au début passer inaperçus, masqués qu'ils sont par la maladie principale. Aussi me paraît-il tout à fait inutile d'insister sur les phénomènes initiaux que peuvent présenter les abcès du larynx. Plus tard, au contraire, quand la maladie sera bien caractérisée, vous observerez des symptômes de deux ordres : 1° les uns fonctionnels; 2° les autres physiques.

A. *Symptômes fonctionnels des abcès du larynx.* — Le malade, après avoir présenté depuis quelques jours des accès de fièvre à répétition plus ou moins fréquente et d'une intensité variable, accuse bientôt dans le cou une douleur piquante qu'il rapporte à un point fixe et localisée exactement au niveau du larynx. Dans certains cas, cette douleur présente des irradiations du côté de l'oreille; mais ces faits, assez rares, constituent simplement une exception. En général, la douleur est exaspérée par la pression et la déglutition, surtout s'il s'agit d'aliments solides et insuffisamment triturés; de même les accès de toux peuvent s'accompagner d'une sensation pénible qui fait exécuter au malade des grimaces convulsives. Il n'est pas rare non plus de voir les sujets atteints accuser une sensation de corps étranger et faire des efforts d'expuition comme s'ils voulaient se débarrasser d'un obstacle siégeant dans leur larynx.

La dysphagie, déjà moins fréquente, tient au siège occupé par l'abcès; elle peut devenir violente quand la collection s'est formée à la partie inférieure du pharynx dans l'épaisseur de la paroi pharyngo-laryngienne ou sur la base du larynx et lorsque l'abcès est d'un volume considérable.

Mais lorsque la dysphagie est assez prononcée pour attirer l'attention du malade, et souvent même auparavant, on constate des troubles respiratoires et phonétiques très bien caractérisés. Suivant, en effet, le siège et le volume de l'abcès, quand, par exemple, il vient faire saillie au niveau des cordes

vocales, on peut se trouver en présence d'une dyspnée manifeste surtout accentuée pendant l'inspiration, car les cordes venant se mettre en contact empêchent par-là même la pénétration de l'air dans l'arbre respiratoire. Cette dyspnée peut revenir par accès et mettre rapidement, comme dans le cas de Trousseau cité plus haut, la vie du malade en danger.

Dans le principe, l'altération de la voix sera caractérisée par un enrouement léger si l'abcès se manifeste au niveau des cordes vocales. Peu à peu les troubles s'accentueront et la voix deviendra plus voilée ou même tout à fait éteinte par suite de l'immobilité possible de l'une ou l'autre des deux cordes et aussi de la douleur éprouvée par le malade dans les efforts nécessités par la phonation.

La toux subira les mêmes alternatives que la voix; d'abord légèrement quinteuse, claire et sonore avec des espaces éloignés, elle deviendra ensuite plus fréquente, paroxystique, et après avoir présenté une raucité très nette, elle finira par s'éteindre.

B. *Symptômes physiques des abcès du larynx.* — Vous l'avez facilement compris, les symptômes fonctionnels que nous venons d'énumérer, bien qu'à peu près constants, sont cependant loin d'offrir toute la netteté désirable pour affirmer l'existence d'un abcès du larynx. Aussi pourrait-on en faire simplement des signes de présomption, alors qu'au contraire les symptômes physiques constitueraient de véritables signes de certitude.

Nombreuses sont, en effet, les affections du larynx où se peuvent observer la dysphagie, la dyspnée et les troubles vocaux avec des caractères sensiblement identiques à ceux que nous assignions tout à l'heure aux abcès de l'organe vocal. D'où la possibilité d'une confusion, s'il fallait s'en tenir à ces

seuls signes. Cependant, comme, avant la période laryngoscopique, c'était à peu près là tout l'ensemble symptomatique dont on disposait, il est clair que souvent les abcès du larynx ont dû passer inaperçus, comme du reste la plupart des affections de cet organe. Quelquefois, trop souvent même, on pratiquait bien le toucher, mais outre les dangers auxquels il pouvait immédiatement exposer le malade, il n'était que d'un secours très insuffisant pour assurer le diagnostic.

Les abcès du larynx sont, avons-nous dit, extra ou intra-laryngés. Les premiers se constatent par la simple inspection du cou; en général symptomatiques d'une altération grave des cartilages, ils viennent fuser soit sur les côtés du cou, soit sur la ligne médiane au niveau de l'espace thyro-hyoïdien et mieux encore crico-thyroïdien. Ils présentent tous les caractères des abcès cutanés trop bien connus de vous pour que je m'attache à leur description.

La seconde catégorie d'abcès de l'organe vocal est représentée par les abcès intra-laryngés ou abcès laryngés proprement dits. Ceux-ci ne sauraient être reconnus d'une façon exacte que par l'examen laryngoscopique. A l'aide du miroir, en effet, on se rend compte du siège de l'abcès que M. Morell-Mackenzie dit avoir trouvé six fois à la racine de l'épiglotte. Sur treize cas observés par lui, le même auteur a rencontré quatre fois l'abcès dans les bandes ventriculaires et trois fois sur un des replis ary-épiglottiques. Dans un cas de Tobold, l'affection avait son siège dans le repli ary-épiglottique gauche et une autre fois dans le coussinet de l'épiglotte. L'abcès étant le plus souvent consécutif à une périchondrite et celle-ci frappant de préférence l'aryténoïde et le cricoïde, c'est surtout à la partie supérieure et à la partie inférieure du larynx que s'observeront les collections purulentes.

La tumeur formée par l'abcès, de faibles dimensions au début, pourra s'accroître par la suite et acquérir le volume

d'une noisette et, dans certains cas, le volume d'une petite noix, d'un marron, ou même des dimensions plus considérables si la collection siège à la base de l'épiglotte, ou sur l'un des côtés de l'organe vocal. L'opercule glottique est alors refoulé derrière, replié sur lui-même et le larynx tout entier comprimé se porte du côté opposé à la tumeur. Il n'est pas rare dans ces cas d'observer un gonflement plus ou moins notable des ganglions sous-maxillaires.

Presque toujours l'abcès est unique, mais vous pourrez cependant, d'une façon tout à fait exceptionnelle, rencontrer de petites collections isolées qui plus tard se réuniront pour former une seule tumeur.

A un premier examen, vous constaterez souvent qu'au niveau de la saillie formée par l'abcès, la muqueuse est rouge vif, de couleur vineuse et se détachant même assez nettement des parties environnantes par sa teinte plus foncée. Au bout de quelque temps, la rougeur s'efface et la muqueuse plus pâle et amincie peut permettre d'apercevoir par transparence le pus qu'elle recouvre. A ce moment, la certitude est presque absolue; on peut la compléter en touchant la tumeur avec une sonde laryngienne, ce qui permet à une main exercée de sentir la fluctuation, quand elle est toutefois assez manifeste pour être perçue par ce procédé.

Tels sont les symptômes saillants des abcès du larynx, ceux qui vous permettront d'asseoir sérieusement votre conviction. On a indiqué encore d'autres signes, mais ils n'ont qu'une valeur relative, tels : le *bruit de scie* que faisait entendre un malade de Frey, à l'autopsie duquel on trouva les deux aryténoïdes presque complètement détruits adhérents par leur base; un *bruit de soufflet* s'observait chez un malade de Delpech et cet auteur l'expliquait par la présence d'une valvule formée par la muqueuse ulcérée; à la nécropsie, on découvrit un fragment de cartilage flottant dans le larynx.

Faure entendit dans un cas un *ronflement* continu et qu'il comparait au souffle tubaire.

Quant aux symptômes généraux, je ne m'y appesantirai pas, car ils peuvent tenir à l'affection générale dont l'abcès du larynx n'est qu'un épiphénomène. Il vous suffit à cet égard de vous reporter à ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie pour deviner ce qu'ils peuvent être.

Pathogénie et Anatomie pathologique. — Les abcès du larynx supposent dans la majorité des cas une affection antérieure de l'organe vocal. Il s'agit le plus souvent soit d'une laryngite chronique simple, soit plutôt d'une laryngite ulcéreuse ultérieurement compliquée de nécrose des cartilages avec fonte purulente.

Dans certains cas d'inflammation suraiguë, la lésion peut exclusivement porter sur le tissu cellulaire sous-muqueux et le processus rester absolument localisé. Mais en général les désordres s'étendent plus loin et le périchondre ne tarde pas à être atteint. Il est rare que la périchondrite soit généralisée; presque toujours, c'est l'un ou l'autre cartilage qui est pris ou parfois même une simple portion du cartilage. Tout d'abord survient du gonflement qui augmente bientôt par l'œdème consécutif du tissu conjonctif sous-muqueux environnant. Bientôt il se produit une collection purulente entre le périchondre et le cartilage; celui-ci, décollé, mis à nu, ne tarde pas à se nécroser, l'apport nourricier lui faisant défaut. Ainsi nécrosé, le cartilage agit à la façon d'un corps étranger et ne tarde pas à son tour à provoquer une inflammation de voisinage et des abcès consécutifs. Si la collection purulente devient considérable, elle peut se rompre et donner issue à du pus et à des fragments de cartilage. Cette rupture spontanée expose parfois les malades à des dangers mortels faciles à concevoir.

Dans la *laryngite ulcéro-nécrosique d'emblée* de Charcot et Dechambre, la périchondrite se produit spontanément, le pus se forme sur place et la muqueuse se perfore ultérieurement. A part cela, le processus affecte sensiblement la même marche.

Le laryngoscope nous a déjà révélé les caractères macroscopiques de l'abcès du larynx. Dans les cas terminés par la mort, on a trouvé à l'autopsie que la muqueuse du larynx, au niveau de l'abcès, était ferme, lardacée, ou bien molle et flasque. Le liquide collecté est constitué par du séro-pus ou par un pus fluide crémeux ou concret, quelquefois d'un blanc sanieux. Inodore en général, le pus peut au contraire acquérir une fétidité remarquable quand il a subi le contact de l'air. On voit surnager dans la collection purulente, de ces débris de cartilage nécrosé de couleur grisâtre et parfois même presque noire.

Le pus soumis à l'examen microscopique renfermera suivant les cas des bacilles de la tuberculose ou encore des bacilles de Fehleisen témoignant par exemple que la formation des abcès doit être rattachée à l'une ou à l'autre des deux affections qu'ils servent à caractériser. S'il s'agit d'une maladie d'un autre genre on pourra trouver aussi certains détails qui en indiqueront la nature.

Quant aux altérations propres à la périchondrite et à la nécrose des cartilages, elles n'offrent rien de spécial aux cartilages du larynx. Aussi me semble-t-il inutile de vous en parler ici.

Marche et complications. — La marche des abcès du larynx varie suivant la cause qui leur a donné naissance. En effet, ceux qui se rattachent à une plaie, à un traumatisme quelconque ou à une affection aiguë, ont une évolution beaucoup plus rapide que ceux qui sont produits par une maladie diathésique.

Il faut aussi distinguer suivant qu'on se trouve en présence d'une collection purulente d'emblée ou au contraire si la lésion a débuté par la muqueuse. Dans le premier cas en effet, les phénomènes peuvent marcher très rapidement et la destruction du cartilage survenir presque dès le début. Le malade éprouve alors une douleur très vive due à la tension des tissus et dont la persistance se maintient jusqu'à évacuation naturelle ou artificielle de la collection purulente. Quand, au contraire, le processus a débuté par l'ulcération de la muqueuse, la marche peut être beaucoup plus lente, et l'abcès ne se former que très tardivement, car il y a pour ainsi dire écoulement incessant de pus par la plaie préalablement établie.

Les abcès qui ont de la tendance à s'évacuer en dedans du larynx marchent en général beaucoup plus vite que ceux qui se dirigent vers l'extérieur. Ces derniers, en effet, rencontrent du côté de la peau un obstacle plus résistant que la muqueuse; ils peuvent en outre passer longtemps inaperçus et s'enkyster dans l'un des espaces musculaires qu'ils ont à franchir.

Je ne chercherai pas à suivre la collection purulente dans les différentes migrations qu'elle peut accomplir; il vous suffira de vous rappeler l'anatomie de la région au milieu de laquelle se trouve situé le larynx pour comprendre que chez certains malades cette collection purulente pourra être rencontrée fort loin de son lieu d'origine

Les complications qui peuvent survenir au cours d'abcès du larynx méritent une sérieuse attention. La diminution du calibre de la glotte expose en effet le malade aux dangers d'une suffocation qui peut devenir, dans certains cas, immédiate si l'abcès subit une augmentation de volume rapide. De plus, l'angine laryngée œdémateuse qu'on rencontre presque toujours en pareil cas doit être tenue pour très grave. La pénétration du pus dans les bronches, après ouverture de l'abcès, est

capable de déterminer une pneumonie septique. La difficulté éprouvée par le malade pour expectorer les mucosités qui proviennent des bronches, occasionne parfois au-dessous de la glotte, la production d'un bouchon muqueux, agissant à la façon d'un corps étranger. La parésie et même la paralysie de la muqueuse laryngienne favorisera quelquefois la pénétration dans l'organe vocal de corps étrangers ou des séquestres détachés du larynx.

Je passe sous silence les complications qui peuvent résulter du fait de la maladie principale.

Lorsque l'abcès s'est ouvert et que l'évacuation du pus a été complète, il peut arriver que sous l'influence des efforts de toux ou dans les tentatives faites pour se moucher, l'air pénétrant dans la poche qui contenait le pus, il se forme une tumeur gazeuse qui donnera lieu à un emphysème localisé. C'est dans des cas analogues qu'il est possible par l'auscultation de la poche d'entendre ce petit crépitement qui caractérise l'emphysème.

Enfin, que l'abcès tende à se vider à l'extérieur ou à l'intérieur, on peut observer dans les deux cas des fistules qui suivant le siège de l'ouverture sont borgnes externes ou borgnes internes. Dans un cas, Ricard, à la suite de symptômes graves du côté du larynx, vit se former une petite tumeur fluctuante sur la région thyro-hyoïdienne; peu à peu la peau qui la recouvrait s'ulcéra et, au-devant du cou, se produisit une ulcération arrondie qui détermina ainsi une fistule borgne externe.

Terminaison et Pronostic. — Avant la découverte du laryngoscope, alors qu'il était si difficile d'établir d'une façon certaine l'existence des abcès du larynx, ceux-ci ont dû dans nombre de cas passer inaperçus. La conséquence de cette ignorance devait être très préjudiciable aux malades, car ils demeuraient de ce fait exposés aux plus grands périls. Je

viens de vous indiquer en effet les phases successives par lesquelles pouvait passer l'abcès du larynx; c'est vous dire que sa terminaison est soumise à de nombreuses variations.

Il est aujourd'hui assez rare de voir les abcès du larynx, en tant que maladie locale, déterminer la mort; c'est qu'on peut assez tôt les reconnaître grâce au miroir laryngien et par suite parer aux éventualités qui pourraient survenir, comme l'asphyxie par exemple. Ce n'est en outre que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on est obligé de recourir à la trachéotomie, car prévenu à temps on peut pratiquer l'ouverture artificielle de l'abcès.

Il ne faudrait cependant pas croire que même abandonnées à elles-mêmes, les collections purulentes du larynx conduisent fatalement à la mort. En effet, la résorption peut se produire sur place ou bien le pus s'évacuer spontanément sans qu'il en résulte le moindre dommage pour le malade. Cette heureuse terminaison s'observe dans les cas de lésions très circonscrites et quand les cartilages ont été respectés.

La laryngosténose, qu'elle résulte de la présence de l'abcès lui-même ou qu'elle soit consécutive à l'hyperplasie des tissus, peut aggraver le pronostic si on n'y porte immédiatement remède. Le malade est alors soumis à toutes les angoisses de l'asphyxie et il peut mourir au milieu des plus violents accès de suffocation ou bien au contraire succomber à une asphyxie lente et progressive.

Diagnostic. — La plupart des signes que nous avons indiqués dans la symptomatologie ont une importance qui ne vous échappera pas; cependant certains d'entre eux peuvent manquer et ceux qui restent devenir tout à fait insuffisants.

L'œdème de la glotte présente beaucoup d'analogie avec l'abcès du larynx; la marche, toutefois, en est peut-être plus rapide et le larynx est atteint dans toutes ses parties. Si le

cricoïde est en cause, toute la portion supérieure de la glotte reste indemne dans le cas d'abcès et la sensation de corps étranger est moins marquée et moins profuse que dans les cas d'œdème. D'après Morel-Lavallée l'infiltration du voile du palais serait un signe diagnostique important de l'œdème.

Si dans les cas de cornage, on a pu songer quelquefois à un anévrysme de l'aorte, un examen attentif de cette artère dissipera tous les doutes.

La laryngite striduleuse à cause du jeune âge des sujets, des phénomènes passagers; le croup à cause des fausses membranes qu'on pourra rencontrer dans l'arrière-gorge ou qui seront expectorées, se différencieront assez aisément de l'abcès.

Grâce aux anamnestiques, et, à leur défaut, par l'examen direct, vous reconnaîtrez la présence de corps étrangers.

Les tumeurs de natures diverses auront un cortège symptomatique beaucoup moins terrible et n'échapperont pas à un examen sérieusement conduit.

A un examen superficiel il pourrait y avoir confusion avec l'abcès rétro-pharyngien; il suffira d'un peu d'attention pour éviter cette erreur.

Avec le miroir, on se rendra compte du siège de la tumeur, de son volume et aussi du degré de son évolution. Nous avons dit que l'on constatait quelquefois une couleur jaunâtre par transparence à travers la muqueuse; c'est, d'après Bruns, le seul signe laryngoscopique certain.

S'il est possible, à l'aide du toucher, dans certains cas, de reconnaître la présence d'un abcès du larynx, ce moyen ne laisse cependant pas que d'être très infidèle et en outre de présenter des dangers assez graves pour mettre sur l'heure la vie du malade en danger. Je ne saurais donc le recommander, et nous réserverons toutes nos préférences pour l'examen

laryngoscopique qui offre à la fois plus de sécurité et plus de certitude.

Traitement. — Dans le traitement de l'abcès du larynx, nous ne tiendrons aucun compte de l'affection qui a pu lui donner naissance et nous le considérerons en tant que maladie locale. La conduite à suivre variera d'après la direction prise par le pus et aussi d'après l'importance de la collection purulente. Nous allons donc envisager successivement le traitement des abcès extra-laryngés et celui des abcès intra-laryngés.

A. *Abcès extra-laryngés.* — Certains auteurs ont vu des collections purulentes se résorber d'elles-mêmes et de plus disparaître d'une façon complète; on ne s'étonnera donc pas qu'on ait pu songer à provoquer l'*absorption* par des moyens appropriés quand on jugeait qu'elle ne s'opérait pas assez vite. On a recommandé à cet égard de s'adresser à l'état général en prescrivant des reconstituants et des toniques divers, en même temps qu'on devrait suivre un régime hygiénique parfaitement déterminé. Les résolutifs : iode, iodure de potassium, ont aussi été administrés; les vésicatoires et autres révulsifs cutanés, les purgatifs drastiques auraient procuré des résultats louables. Mais tous ces moyens, ainsi du reste que l'hydrothérapie sous ses formes les plus variées, nous paraissent bien plus aptes à combattre l'état constitutionnel, à prévenir en un mot la formation des abcès, plutôt qu'à en enrayer la marche.

Bien plus naturelle et beaucoup plus expéditive nous paraît être la simple *évacuation.* Les moyens à employer pour évacuer le pus de l'abcès sont très divers; c'est ainsi qu'on peut pratiquer une ponction capillaire et retirer le liquide par aspiration avec l'appareil de Dieulafoy par exemple. Les incisions obliques sous-cutanées sont encore d'une pratique

excellente. Tous ces moyens sont à recommander s'ils n'occasionnent pas de cicatrice vicieuse trop considérable, car il faut songer à cette possibilité notamment chez les jeunes filles qui tiennent beaucoup et à juste titre à conserver intacte la peau de leur cou. On pourrait chez ces dernières placer un séton de fils de crin dont on diminuerait chaque jour le nombre au point de ne laisser en dernier lieu qu'une cicatrice punctiforme. Ce sont là de petits détails, mais ils ont leur importance et on vous saura très grand gré de ne pas les avoir oubliés dans votre pratique.

Il peut arriver cependant que par ces procédés, l'évacuation du pus ne se fasse pas d'une façon satisfaisante ; c'est alors que vous devrez avoir recours à l'incision franche et à ciel ouvert. Aussi profondes qu'il convient, les dimensions de celles-ci devront être cependant restreintes à leurs strictes limites pour les raisons que je vous faisais connaître à l'instant. La plaie sera traitée avec les soins les plus minutieux suivant les procédés antiseptiques aujourd'hui en usage.

B. *Abcès intra-laryngés.* — Autrefois on cherchait à faire disparaître les abcès formés à l'intérieur de la glotte au moyen des antiphlogistiques les plus variés : saignées, applications de sangsues, ventouses scarifiées, vésicatoires ; on prescrivait également les fomentations au devant du cou, les inhalations de vapeurs chaudes, les bains de pieds très chauds, les purgatifs, etc. Trousseau croyait amener une inflammation substitutive en plaçant un séton au devant du cou ; Guéneau de Mussy frictionnait la région prélaryngée avec de l'huile de croton et cautérisait au nitrate d'argent l'orifice supérieur du larynx, pratique qui ne laisse pas que de nous paraître très hasardée. Les vomitifs constituent un moyen très infidèle.

La plupart de ces procédés sont aujourd'hui délaissés, car ils exigent trop de temps et sont loin d'atteindre toujours le but auquel on les destine. Le miroir permettant de reconnaître

la situation de l'abcès, on préfère actuellement en pratiquer l'ouverture à l'aide de lancettes laryngiennes appropriées à chaque cas. Ce genre d'intervention beaucoup plus rapide procure un soulagement immédiat et pare aux dangers qui peuvent menacer le malade. C'est donc à lui qu'il faudra s'adresser dans les cas urgents. Il demande, il est vrai, une habitude suivie et une sûreté de main toute particulière qui ne sauraient s'acquérir que par la pratique. Si c'est là un inconvénient, il a tout au moins pour excuse d'être commun avec beaucoup d'autres procédés opératoires.

Malgré tout et quelquefois pour plus de sécurité, vous serez obligé de pratiquer la trachéotomie; c'est un moyen auquel vous ne devrez avoir recours qu'en dernière ressource, mais dont il ne faudra jamais vous priver alors qu'il s'agira de sauver la vie du malade.

ONZIÈME ET DOUZIÈME LEÇONS

Laryngite chronique simple ou catarrhe chronique du larynx.

SOMMAIRE. — Que doit-on entendre par ce nom? — La laryngite granuleuse ne forme pas une espèce distincte. — Étiologie générale et locale. — Les symptômes fonctionnels sont surtout les troubles vocaux; particularités de ces derniers chez les chanteurs. — Aspect du larynx et des parties atteintes: il existe des ulcérations catarrhales. — Paralysies et ruptures musculaires; explication de la voix cassée. — La durée de la maladie est longue; le diagnostic est facile. — Le traitement s'adressera à l'état général et à l'état local. Emploi de topiques laryngiens. Les eaux minérales sont indiquées à certaines périodes de la maladie.

MESSIEURS,

DÉFINITION. — Décrite séparément par certains auteurs, confondue par d'autres avec la laryngite granuleuse, la laryngite chronique simple, ainsi que son nom l'indique, est une inflammation chronique de la muqueuse laryngée. Krishaber, Peter et Isambert ont cru devoir distinguer l'une de l'autre la laryngite chronique simple et la laryngite granuleuse; or, comme nous le verrons, les symptômes de ces deux affections offrant entre eux les plus grandes analogies, nous n'éprouvons aucune répugnance à les comprendre dans une même descrip-

tion. De même la laryngite hypertrophique ne nous paraît être qu'une modalité de la laryngite chronique simple; quant à la laryngite sèche, au contraire, elle nous semble mériter une description particulière à cause des symptômes spéciaux qu'elle présente; aussi en ferons-nous l'objet d'une étude spéciale.

Étiologie. — La laryngite chronique simple est en général consécutive à une succession de laryngites aiguës ou même parfois à une simple laryngite aiguë. Certains sujets semblent avoir pour cette affection une prédisposition innée. Morell-Mackenzie dit avoir observé sept cas de ce genre; les malades étaient tous des hommes; il aurait en outre donné des soins à un malade qui était atteint, en même temps que d'une laryngite chronique, d'un peu d'épaississement du tiers inférieur de l'œsophage, d'embarras gastro-intestinal et de cystite chronique; c'est-à-dire que cet individu semblait présenter une tendance manifeste à l'inflammation chronique de plusieurs conduits muqueux. Souvent on la rencontre chez des malades ayant une élongation de la luette, et, dans ces cas, elle serait produite de la façon suivante : la luette allongée viendrait titiller l'orifice laryngien et provoquer ainsi des accès de toux dont la conséquence serait une congestion chronique de la muqueuse laryngienne; mais Ziemssen prétend que l'on a fait jouer à la luette allongée un rôle beaucoup trop considérable et peut-être serait-il plus régulier d'admettre avec Rühle que le gonflement de la luette et l'affection laryngée relèvent d'une même cause : la pharyngite chronique.

Généralement, en effet, les inflammations chroniques de l'arrière-gorge, la pharyngite granuleuse par extension, s'accompagnent d'une laryngite chronique simple. On rencontre ces divers états morbides combinés, chez les personnes affaiblies ou bien entachées d'une diathèse quelconque, comme la scrofule, la tuberculose et surtout la syphilis. L'observation semblerait aussi avoir démontré que l'hérédité n'est pas

toujours étrangère à la production de la laryngite chronique; mais ne serait-il pas plus rationnel d'admettre qu'à part les cas diathésiques il s'agit bien plus de conditions d'existence et de milieu pouvant être également nocives chez les membres d'une même famille ?

La laryngite chronique simple est une maladie professionnelle au premier chef, et à ce titre vous l'observerez chez les personnes qui abusent de leur voix; tels les chanteurs de profession, les maîtres d'école, les ecclésiastiques, les orateurs populaires, les maîtres d'hôtel, etc. Il faut aussi prendre en très sérieuse considération le milieu dans lequel vivent les personnes qui sont exposées aux poussières de toutes sortes, à la fumée, à une atmosphère surchauffée, à des transitions de température, etc... L'alcoolisme, le tabac, l'usage immodéré des aliments épicés peuvent aussi être rangés au nombre des causes de la laryngite chronique. En pareil cas, l'étiologie de la laryngite chronique s'expliquerait d'après Gottstein de la façon suivante : les mucosités très abondantes en tombant dans le larynx, surtout pendant le sommeil, deviendraient une cause d'excitation et occasionneraient alors l'extension du catarrhe du pharynx au larynx.

L'influence nocive de l'herpétisme niée par les Anglais a été admise et à peu près démontrée par Trousseau, Chomel, Guéneau de Mussy, Horace Green, etc. La rougeole, la coqueluche et aussi le croup fibrineux pourraient avoir pour conséquence, dans certains cas, la laryngite chronique. Celle-ci en outre accompagne très fréquemment les néoplasmes divers, bénins ou malins, qui peuvent se développer au niveau de l'organe vocal. Elle s'observe aussi chez la femme dans le cours de certaines affections utérines et particulièrement à l'époque de la ménopause; et dans les deux sexes à la suite de quelques affections de la muqueuse pituitaire. Je vous ai déjà dit qu'on la voyait se montrer dans la syphilis et la tuberculose, je n'y

insiste plus autrement pour le moment, car nous aurons occasion d'y revenir ultérieurement d'une façon plus détaillée quand nous traiterons de la phtisie et de la syphilis du larynx.

Relativement à l'âge, ainsi qu'on devait s'y attendre, on a constaté que la laryngite chronique était plus fréquente dans l'âge adulte, car c'est à cette époque que les individus sont le plus exposés aux causes déterminantes. Pour les mêmes raisons, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Enfin on a encore fait remarquer que la mue des garçons était très souvent accompagnée d'une congestion chronique des cordes vocales; c'est là une forme de congestion plutôt qu'une véritable inflammation de la muqueuse ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire à propos des troubles de la circulation.

Symptomatologie. — Les symptômes généraux de la laryngite chronique sont peu marqués; cependant certains malades, atteints de cette affection, s'en inquiètent outre mesure se croyant sous le coup d'une lésion plus grave et finissent même par devenir hypocondriaques.

Les symptômes fonctionnels se traduisent par une sensation de sécheresse, de l'irritation à l'arrière-gorge que les uns comparent à une brûlure et d'autres à la présence d'une arête, d'une épingle implantée dans la paroi postérieure du pharynx. Vous trouverez des malades qui vous diront éprouver une certaine gêne au niveau de la base du cou, de la région thyro-hyoïdienne; cette localisation spéciale s'explique parfaitement quand on songe aux anastomoses diverses de la région.

Du côté de la voix, on constate des troubles sur lesquels Krishaber et Peter ont insisté pour distinguer la laryngite chronique simple de la laryngite granuleuse, disant que : les

troubles très légers dans le premier cas, revêtent une intensité plus grande dans la laryngite granuleuse. La voix est éraillée, rauque, cassée ou simplement enrouée le matin. Cet enrouement peut disparaître soit à la suite de l'expulsion des mucosités, soit encore par l'accélération de la circulation capillaire et le stimulus des centres nerveux : c'est là ce que les chanteurs appellent échauffer leur voix.

Dans la laryngite chronique, la voix peut changer plusieurs fois par jour ; si les malades vivent au grand air, ils pourront être enroués ou même aphones surtout le matin. Comme, à la longue, les cordes vocales finissent par subir un certain épaississement, elles entrent par cela même moins facilement en vibration et il en résulte que la voix simplement voilée dans le langage ordinaire se casse dès que le malade veut faire un effort, car les muscles des cordes ne sont plus assez souples pour répondre à l'excitation qui leur est imprimée.

Dans certains cas, les troubles ne portent absolument que sur les nuances du timbre. C'est ainsi qu'un chanteur ne pourra filer un son, attaquer une note et la tenir dans le médium ou la demi-teinte, car sa voix se casse facilement, et n'a plus sa pureté habituelle. Ces altérations de la voix chantée sont surtout appréciables chez les femmes, et parmi ces dernières, les soprani doivent être placées en première ligne ; viennent ensuite les mezzo-soprani, puis les ténors légers dont la moindre altération du son est immédiatement perceptible pour une oreille exercée. Ce sont les modulations de la voix qui sont les premières atteintes, puis successivement, le chanteur s'enroue facilement, il n'attaque plus avec la même sûreté une note un peu élevée, il est obligé de surveiller l'émission du son et bientôt d'arriver à employer ce qu'en terme de chant on appelle vulgairement des « ficelles », c'est-à-dire des artifices qui permettent encore au chanteur de moduler certains morceaux dont l'exécution est devenue plus difficile que lorsque le larynx était sain.

La toux est caractérisée par le « hemming » des Anglais, ce que nous appelons simplement le « hem ». La toux quinteuse ne s'observe que chez les enfants, et Krishaber, Peter et Isambert avaient tort de la considérer comme un signe de diagnostic différentiel.

Vous connaissez trop le bruit spécial produit par les malades qui éprouvent le besoin de « racler leur gorge » pour qu'il me soit nécessaire d'y insister ici.

L'expectoration est à peu près nulle, sauf le matin, où le malade rejette des mucosités blanchâtres, grisâtres ou même tout à fait grises. Ces mucosités *perlées*, se sont concrétées dans les ventricules de Morgagni : elles varient de couleur suivant la profession des individus. Parfois elles se détachent difficilement, la muqueuse étant enflammée ou bien atteinte d'une irritation générale. Si l'on vient à rencontrer des mucosités striées de sang, c'est chez des malades atteints de catarrhe généralisé qui se livrent à des efforts violents d'expuition. Quelquefois l'expectoration est relativement abondante, mais en pareil cas, la laryngite chronique est compliquée de bronchite et alors les caractères des matières rejetées varient avec la cause qui en a déterminé la formation. Quant à la sécrétion purulente observée par certains auteurs, ce serait une véritable exagération que de la mettre sur le compte de la laryngite chronique seule. En général, on n'observe pas la moindre gêne respiratoire, et si dans quelques cas, les malades se plaignent de ce côté, c'est qu'alors on se trouve en présence d'une bronchite ou bien encore que des mucosités d'un certain volume et très adhérentes déterminent de l'obstruction au niveau de l'organe vocal.

Les symptômes physiques de la laryngite chronique se constatent au laryngoscope et se traduisent par de la rougeur, du gonflement de la muqueuse pouvant parfois passer inaperçus. Mais si vous examinez plus attentivement la gorge,

vous pouvez voir derrière les piliers postérieurs, de petites saillies granuleuses donnant à la maladie un cachet particulier à ce point que Schmidt (de Francfort) a voulu en faire une maladie spéciale, « la pharyngite latérale ».

Pendant la déglutition à vide ce sont surtout les piliers postérieurs qui frottent sur la muqueuse granuleuse enflammée et qui occasionnent ainsi de la gêne et de la douleur. A l'examen du pharynx, vous constatez les signes habituels de la pharyngite granuleuse.

Avec le miroir laryngien vous apercevez non pas des granulations, comme le prétend à tort Krishaber et avec lui quelques auteurs, mais bien une rougeur diffuse occupant les cordes vocales inférieures, l'infundibulum laryngien, et disposée, comme on l'a dit, en coup de pinceau. Les rubans vocaux sont non seulement rosés ou rouges par places ou sur toute leur longueur, mais ils sont dépolis, légèrement tuméfiés et souvent dans les laryngites anciennes ils ont un aspect de cordes cylindriques au lieu de ressembler à de véritables rubans comme à l'état normal.

La région inter-aryténoïdienne apparaît ordinairement hérissée de papilles rosées peu saillantes au-dessus de la muqueuse, lui donnant l'apparence de velours d'Utrecht finement granulé, et que l'on a caractérisée du nom d'état velvétique; mais il faudrait bien vous garder de confondre, comme l'ont fait plusieurs auteurs, ces hypertrophies glandulaires avec l'état papillaire, plus grisâtre et plus fongueux en général, qui s'observe dans la tuberculose de l'organe vocal. Cet aspect velvétique n'est donc point un signe caractéristique de la laryngite tuberculeuse, comme on l'avait supposé bien à tort.

Les bandes ventriculaires sont saines en général; saine aussi l'épiglotte au niveau de sa face inférieure ou linguale; mais au niveau de sa base l'examen laryngoscopique peut déceler de la rougeur et même de l'hypertrophie. Quant à la

muqueuse des replis ary-épiglottiques et celle qui recouvre les aryténoïdes, elle est habituellement normale.

Quelquefois il vous arrivera de rencontrer un aspect dépoli des cordes vocales inférieures; elles sont catarrhales, laiteuses, se tendant mal. L'état velvétique de la région postérieure peut empêcher l'affrontement des cordes en arrière. Dans les cas plus anciens vous pourrez également constater l'existence d'érosions ou d'ulcérations qui siègent le plus fréquemment sur la partie moyenne du bord libre des cordes vocales ou entre les cartilages aryténoïdes et la portion cartilagineuse des cordes vocales. Les érosions qui se produisent sur la muqueuse inter-aryténoïdienne ont été désignées sous le nom de fissures parce qu'elles seraient constituées par un petit enfoncement en forme de sillon avec deux petites élevures de chaque côté. Ces fissures, dans certains cas très douloureuses, déterminent du chatouillement et provoquent la toux. Ces dernières sont cependant beaucoup plus exceptionnelles dans les laryngites simples et leur présence devra éveiller en vous l'idée d'une manifestation diathésique (tuberculose ou syphilis).

Les érosions ou ulcérations de la laryngite chronique sont peu étendues, en coup d'ongle, d'aspect rosé sur les bords et plus rouges à leur centre; très faciles à reconnaître, elles sont habituellement comme taillées à l'emporte-pièce à la surface du ruban vocal, ou au niveau des apophyses vocales. Il peut en exister plusieurs, mais il faut bien dire qu'elles sont habituellement uniques, et accompagnée de peu ou pas de gonflement périphérique. Le reste du larynx offre habituellement les autres signes caractéristiques de l'inflammation catarrhale chronique.

Plusieurs auteurs ont même nié l'existence de simples ulcérations catarrhales des cordes vocales, mais ce fait, sur lequel MM. Isambert, Hering, Schnitzler, et beaucoup d'autres

auteurs avaient depuis déjà plusieurs années appelé l'attention est aujourd'hui admis à peu près sans conteste par la plupart des laryngologistes autorisés. Vous avez pu, du reste, en voir vous-mêmes plusieurs exemples à la Clinique.

L'œdème, l'infiltration, la périchondrite de la région interaryténoïdienne, témoigneraient au contraire, à mon sens, d'une laryngite diathésique et non d'une simple laryngite chronique.

Dans la laryngite, dite hypertrophique, vous observerez, il est vrai, de l'hypertrophie, mais souvent la profession du malade suffit à expliquer la lésion. Lewin avait remarqué que chez les prédicateurs on constatait surtout du gonflement des replis ary-épiglottiques, et il en donnait l'explication suivante : « Pour produire des sons pathétiques, profonds et élevés, l'épiglotte s'abaisse et les fibres musculaires qui passent dans le ligament ary-épiglottique sont alors ordinairement tendues. » Ce serait donc là une hypertrophie musculaire fonctionnelle. Avec MM. Gottstein et Morell-Mackenzie, qui n'ont, le premier, jamais vu de cas semblables, et le second très rarement, j'ajouterai que je n'ai jamais trouvé de gonflement des replis ary-épiglottiques en dehors des laryngites diathésiques.

Parfois vous trouverez de l'hypertrophie chez les crieurs publics, comme deux fois j'ai eu moi-même l'occasion de l'observer ; mais dans ces cas, jamais il n'existe d'ulcérations, ni de traces de lésions quelconques sur les éminences aryténoïdes, ce qui importe beaucoup pour le diagnostic.

Il peut arriver que vous constatiez l'existence d'une paralysie des thyro-aryténoïdiens, ou même d'une véritable rupture de quelques fibres de ces muscles. M. le Dr Lacoarret a rapporté dans les *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* (1889) une observation de ce genre prise à la Clinique et je ne doute pas que ces faits soient plus fréquents qu'on ne le suppose. C'est ainsi que s'explique à mon avis cette lésion de la voix que l'on appelle « la voix cassée ». Le thyro-aryténoï-

dien, pendant une fatigue exagérée ou à la suite d'un effort vocal considérable, subit un véritable coup de fouet dont la résultante est la perte définitive du timbre vocal du chanteur ou du crieur public. Cette altération, vous la reconnaîtrez à une sorte d'encoche observée sur l'une des cordes vocales au moment de l'émission de la voyelle E, pendant l'examen du larynx.

Le sujet atteint de cette lésion éprouve habituellement au moment où elle se produit une vive douleur au niveau du larynx, et une aphonie à peu près complète. L'examen laryngoscopique pratiqué à ce moment révèle l'existence d'une hémorragie laryngée au niveau du ruban vocal, sur lequel a porté le coup de fouet. La corde vocale est flasque, détendue, comme tuméfiée par places. Peu à peu les symptômes inflammatoires du début disparaissent, et la voix garde alors ce timbre spécial, dont vous retrouvez l'analogue au cours de la laryngite aiguë; alors persiste cette encoche spéciale de la corde, au point où s'est produite la rupture musculaire.

Ziemssen a remarqué que la paralysie était plus fréquemment unilatérale que bilatérale. Si cette paralysie est de longue durée et dans certains cas de laryngite chronique invétérée, il y a excès de travail du côté sain pour arriver à établir une certaine suppléance; alors on constate à l'examen laryngoscopique une déviation de la glotte caractérisée par un certain degré d'obliquité qui peut être plus ou moins prononcé. De cette façon la phonation est assurée.

Anatomie pathologique. — La laryngite chronique simple est caractérisée par une inflammation de la muqueuse laryngée en tous points analogue à l'inflammation chronique des autres muqueuses. L'examen histologique a permis à Lewin, à Rühle et Türck de constater des lésions que vous trouverez tout au long signalées dans l'article de Krishaber. Ces lésions sont

caractérisées par de l'engorgement avec dilatation des vaisseaux. Si l'affection se prolonge, le tissu conjonctif s'hyperplasie et cette hyperplasie a pour point de départ le noyau des fibres de ce tissu. On peut aussi constater à la surface de la muqueuse des rugosités ou bien de petites saillies dites granuleuses produites par les glandes hypertrophiées. Enfin il y aura en outre des modifications quantitatives et qualitatives des sécrétions du larynx; souvent elles subiront une exagération notable et présenteront une densité très variable, car elles seront dans certains cas très claires, filantes, et d'autres fois visqueuses, adhérentes ou même complètement desséchées. Elles pourront être simplement blanches et transparentes ou bien pigmentées de gris avec des stries sanguinolentes ou purulentes.

Durée. — La durée de la laryngite chronique est presque indéfinie. L'amélioration que l'on peut obtenir est en effet absolument passagère, car les malades ne tarderont pas à s'exposer à nouveau aux causes productrices de leur lésion, soit par l'exercice de leur profession, soit qu'ils retombent avec plaisir dans un vice favori. Ce n'est guère qu'avec un traitement régulier que l'on peut compter sur une disparition définitive de la laryngite chronique dans les cas où elle n'est pas trop invétérée.

Pronostic. — On peut dire du pronostic qu'il est bénin; la terminaison fatale ne se rencontrerait que dans les cas de laryngites liées à une affection diathésique. C'est ainsi que pour ma part, j'ai eu, il y a trois ou quatre ans, l'occasion d'observer chez un jeune homme un cas de chordite inférieure qui était, à cette époque, le seul symptôme précurseur d'une tuberculose rapide et généralisée dont est mort le malade l'année dernière. Cette hypothèse, à mon sens, est beaucoup plus plausible que celle qui consiste à supposer

(Tobold, Stœrk) qu'une simple laryngite chronique pourrait par négligence déterminer des ulcérations du larynx qui à leur tour serviraient de porte d'entrée à la tuberculose du larynx et des poumons. Toutefois, sans que la laryngite chronique offre de gravité au point de mettre l'existence en péril, il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue un véritable obstacle à l'exercice de certaines professions et par conséquent dans ces cas elle acquiert une gravité relative qui ne permet pas de la traiter en quantité négligeable.

Diagnostic. — La première condition à remplir pour établir le diagnostic de laryngite chronique, c'est de pratiquer l'examen laryngoscopique qui seul permettra de reconnaître quelles sont les parties du larynx atteintes et qui très souvent fournira des indications précieuses sur la nature des diverses lésions. Aussi dans aucun cas ne devrez-vous négliger cet examen.

Parmi les affections avec lesquelles pourrait être confondue la laryngite chronique, on peut citer en première ligne la laryngite granuleuse; mais je ne crois pas devoir insister sur les signes différentiels, car ces deux affections me paraissent avoir trop de points de ressemblance pour qu'on puisse vouloir les distinguer l'une de l'autre. Toutefois, s'il fallait absolument les diviser, ce serait par l'examen du pharynx, dont la paroi postérieure sera, dans le cas de laryngite granuleuse, recouverte de granulations abondantes et volumineuses, que vous établirez le diagnostic différentiel. Les petits polypes des cordes vocales pourront provoquer des symptômes fonctionnels ayant une grande analogie avec ceux constatés dans la laryngite chronique. Ces symptômes sont caractérisés par de la dysphonie et de l'enrouement, mais tandis qu'ils persisteront dans le cas de polypes, ils pourront disparaître parfois dans la laryngite chronique, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. C'est qu'en effet, dans ce dernier

cas, l'enrouement et la dysphonie pourront être dus tout simplement à la présence des mucosités dans le larynx et alors ne plus persister après enlèvement de celles-ci. De plus, grâce au miroir laryngien, il sera facile de se rendre promptement un compte exact et d'éviter toute erreur.

Dans certains cas de paralysie vous pourrez encore éprouver de la difficulté à porter un diagnostic. Que si les thyro-aryténoïdiens étaient atteints, les cordes vocales offrant en pareil cas une teinte rosée, d'aspect catarrhal, vous devriez, pour être sûr du diagnostic, constater au laryngoscope l'existence de la paralysie et l'absence des signes habituels de la laryngite chronique; mais je me hâte d'ajouter que cette perturbation musculaire accompagne fréquemment l'inflammation chronique de la muqueuse vocale.

Une dernière série d'affections pouvant prêter à la confusion avec la laryngite chronique, sont les affections diathésiques au début. L'existence d'érosions de la muqueuse ayant été niée dans les cas de laryngite chronique, leur présence doit déjà inspirer des doutes à l'observateur et il faudra suivre attentivement l'évolution du mal avant de vous prononcer définitivement sur sa nature. On pourrait encore confondre la laryngite chronique avec la laryngite syphilitique dans sa période secondaire à la rougeur des cordes vocales et à l'érythème qu'on observe au niveau des ventricules de Morgagni. Mais, à cette époque, la laryngite syphilitique s'accompagne presque toujours d'autres manifestations soit du côté de la peau, soit du côté des muqueuses, qui ne permettent pas d'hésiter longtemps sur le diagnostic.

Quant aux cancers du larynx, comme ils n'offrent avec la laryngite chronique aucune espèce d'analogie, je me bornerai tout simplement à les signaler. Enfin pour être complet, votre examen ne devra pas se borner à la seule inspection du

larynx et vous devrez savoir pousser plus loin vos investigations. Il ne faut pas oublier en effet que la laryngite chronique peut n'être qu'un symptôme d'affections ayant leur siège dans le nez ou dans le pharynx; il se peut en outre que les lésions primitives aient débuté par les poumons ou la trachée et ce sera à vous de vous en assurer par un examen attentif. N'oubliez jamais non plus de vous enquérir de l'état général, des forces de vos malades et de leurs prédispositions héréditaires. Ayez bien soin de constater l'état des divers organes, tels que poumons, cœur, reins, etc., et assurez-vous si le gonflement est bien bilatéral.

Le diagnostic des ruptures musculaires sera fait par les commémoratifs, et surtout par l'examen de l'organe qui vous permettra de reconnaître cette lésion aux caractères que je vous ai indiqués plus haut.

Traitement. — Dans les cas de laryngite chronique, il faut, en premier lieu, vous adresser à l'état général et combattre l'état diathésique quand il existe; c'est ainsi que vous aurez à agir contre les manifestations herpétiques ou arthritiques.

Voudrez-vous au contraire arriver à produire une action directe sur le larynx : il faudra alors administrer à l'intérieur de l'aconit ou du bromure de potassium; vous pourrez aussi prescrire à l'intérieur, du benzoate de soude, à la dose de 6 à 8 grammes par jour. Vanté par M. Ruault, ce médicament pourra, en effet, vous donner d'excellents résultats dans certaines formes de catarrhe chronique du larynx.

L'auteur de cette méthode recommande d'employer le benzoate de soude fait avec l'acide benzoïque extrait du benjoin et non de l'huile de pétrole, comme celui qu'on rencontre dans le commerce. Cette particularité mérite de vous être signalée, car il n'est pas indifférent d'administrer l'un ou l'autre de ces deux acides benzoïques.

Il faudra aussi, quand vous le pourrez, supprimer la cause et soustraire, par exemple, les malades à l'influence nocive des poussières au moyen de respirateurs, ou bien encore leur conseiller de s'abstenir de tabac, lorsque vous reconnaîtrez la nocivité de cet agent.

Quant aux remèdes locaux, ils consistent : 1° en insufflations médicamenteuses de poudres; procédé à peu près complètement abandonné parce qu'il contraint à l'emploi de poudres inertes comme véhicule et que celles-ci peuvent occasionner de la suffocation ou du spasme de la glotte; 2° en inhalations, soit sous forme de fumigations, soit au moyen d'inhalateurs. Ceux-ci peuvent être de deux sortes : le fumigateur anglais, comprenant un réservoir avec bouillotte au-dessous de laquelle est placée une lampe à alcool ; dans le réservoir sont introduites les substances à vaporiser, térébenthine, goudron, iode, etc.

Dans le deuxième genre d'appareils, pour éviter les brûlures qu'on a pu voir survenir quelquefois en employant l'appareil précédent, on a adapté un tube en caoutchouc, par l'intermédiaire duquel les malades aspirent les vapeurs qui se dégagent.

3° Vous pourrez aussi utiliser les pulvérisations faites à l'aide de petits appareils construits sur le type du pulvérisateur de Lister; de l'eau est placée dans la bouillotte et le liquide médicamenteux dans un verre où il est puisé par aspiration.

Les pulvérisations, comme on en a fait l'expérience, permettent de porter les liquides médicamenteux jusque dans les premières bronches. Elles s'arrêtent à la gorge, quand le malade n'ouvre pas la bouche, ou bien lorsque la langue est en dos d'âne, ou l'épiglotte très abaissée; mais, en règle générale, chez l'adulte qui respire bien largement, il est très facile de s'assurer, si l'eau est assez finement pulvérisée et réduite en vapeurs, que ces dernières pénètrent jusque dans la trachée.

Les liquides employés en pulvérisations sont : la solution phéniquée au 1/1000 ou au 1/500, des solutions au borax, au bromure de potassium ou de sodium, au sulfate ou chlorure de zinc, au benzoate de soude au 1/50 ou au 100e. La pulvérisation durera de trois à cinq minutes. Les malades ne doivent pas aspirer d'une façon énergique, car dans ce cas, la muqueuse des voies aériennes, vivement impressionnée tout d'abord, produit, par action réflexe, des quintes de toux ; tandis qu'en respirant doucement, les malades habituent peu à peu leur muqueuse vocale au contact du liquide pulvérisé.

Le traitement par les pulvérisations devra être suivi d'attouchements faits dans le larynx et que vous pratiquerez avec le porte-ouate ou avec le porte-éponge. Ceci m'amène tout naturellement à vous parler des topiques dont vous pourrez faire usage dans le traitement de la laryngite chronique. Et tout d'abord, je vous dirai que certains auteurs, notamment M. Gottstein, n'admettent dans ce traitement que l'usage des solutions médicamenteuses directement portées dans le larynx. Il proscrit en effet de la façon la plus absolue les médicaments sous forme de pulvérisations et croit que les insufflations pulvérulentes sont comme je viens de vous le dire, peu sûres et fort désagréables pour le malade. Je me suis déjà expliqué à l'égard des insufflations et des pulvérisations : je n'y reviendrai pas.

Quant aux topiques divers que vous pourrez employer, je vous citerai les suivants : une solution iodée, ou bien encore une solution de chlorure de zinc à 1 °/o ou au 1/60 ou même au 1/30; la solution de nitrate d'argent pourra aussi être mise en usage, mais si son efficacité n'est pas plus grande que celle de la solution du chlorure de zinc on ne doit pas oublier qu'à dose concentrée au 1/5 ou au 1/10 elle peut occasionner du spasme de la glotte chez certains sujets prédisposés.

Toujours dans le même but, pourront servir les solutions

de borax au 1/30, la solution iodo-phéniquée, la glycérine phéniquée au 1/100 ou au 1/50. Certains auteurs réservent leurs préférences pour tels ou tels de ces agents. C'est ainsi que Gottstein, par exemple, préfère les astringents aux autres remèdes; il se sert de solutions de nitrate d'argent dont le titre peut varier de 2 à 10 %. Au début, il emploie le plus souvent une solution à 4 % avec laquelle il pratique des badigeonnages quotidiens pendant quinze jours; passé ce délai, les attouchements sont pratiqués tous les deux jours, et grâce à ce traitement, on voit en général la guérison survenir au bout de quatre à six semaines. Les solutions lui suffisent dans la plupart des cas, il n'a recours à la pierre elle-même que dans les cas de laryngo-fissure. Le même auteur dit n'avoir jamais obtenu de succès avec l'emploi de la teinture d'iode et de la glycérine iodée.

M. Morell-Mackenzie préfère, dans les cas ordinaires, la solution de chlorure de zinc qu'il fait dissoudre dans la glycérine, car cet agent, de consistance plus tenace, influence plus longtemps les parties malades. S'il y a eu de la laryngorrhée, le meilleur traitement consiste à faire reposer l'organe vocal; la térébenthine en applications locales pourrait aussi donner de bons résultats.

Plus fréquemment qu'on ne se l'imaginerait au premier abord, tous les moyens que je viens de vous indiquer demeurent inefficaces; c'est alors qu'il pourra être nécessaire d'envoyer les malades aux diverses stations thermales. Les malades justiciables de ce traitement sont ceux qui sont exposés par le fait de leur profession à des laryngites faciles et à répétitions. Les eaux des Pyrénées ou les eaux d'Amélie ou d'Aix-les-Bains conviennent en général merveilleusement à cette catégorie de malades. De même les eaux de Royat et du Mont-Dore seront aussi très convenables pour les sujets délicats et surtout si vous avez quelque doute sur la nature

réelle de l'affection dont ils seront atteints. Les eaux sulfureuses donnent dans la laryngite chronique d'excellents résultats, mais elles doivent pour cela être maniées avec prudence, l'effet qu'elles produisent sur la muqueuse respiratoire mérite-t-il d'être surveillé avec soin.

On est en droit de se demander de quelle façon agit le traitement hydrothérapique. Or, d'après Gottstein, le secret de son succès qui ne saurait être mis en doute, serait dû surtout à ce que les malades sont soustraits à leurs occupations habituelles, et transportés ainsi dans un milieu où ils ne sont plus exposés à l'action des causes qui leur sont si défavorables. Aussi prétend-il qu'on ne doit jamais compter sur une guérison complète, mais bien sur une simple amélioration et que toujours le traitement local doit marcher de concert avec la cure d'eaux. Toutefois, je considère que les eaux thermales, sulfureuses en particulier, agissent d'une manière bien plus favorable dans les laryngites à forme torpide, ou pour compléter une cure, que pendant les périodes d'éréthisme de l'affection laryngée. C'est à cette différence des états de la muqueuse vocale qu'il faut attribuer le bien ou le mal éprouvé par les malades avec des traitements analogues et pour la même affection. C'est ainsi qu'une année un malade retirera des bénéfices réels de sa saison thermale alors que l'année précédente l'effet aura été nul ou même mauvais. Il y a une question d'indication que l'expérience vous apprendra peu à peu à bien déterminer.

Les moyens thérapeutiques que je viens de vous indiquer s'adressent d'une façon à peu près exclusive au larynx lui-même, mais il ne faut pas oublier qu'en agissant toujours ainsi, vous pourriez, dans certains cas, faire œuvre sinon absolument vaine tout au moins peu efficace. L'étiologie, en effet, nous a révélé que très souvent le nez était en cause ; c'est donc de ce côté que devront parfois porter vos efforts, et votre interven-

tion pourra alors être à ce point fructueuse que vous n'aurez que peu ou même pas du tout besoin de soigner le larynx lui-même. Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement que vous pourrez employer dans les fosses nasales, il sera variable suivant les cas. J'en dirai tout autant des pharyngites qui pourraient être liées aux laryngites chroniques.

Lorsque l'élongation de la luette ou l'hypertrophie des amygdales pourraient constituer un obstacle à la guérison définitive, il faudra en pratiquer l'excision ou la cautérisation.

Quant aux parésies secondaires musculaires qui souvent s'observent dans le cours de la laryngite chronique, elles céderont assez facilement à un traitement approprié et en particulier à l'emploi du courant électrique (courants induits) extra ou intra-laryngé.

TREIZIÈME LEÇON

Pharyngo-laryngite sèche (ozène laryngien).

SOMMAIRE. — La laryngite sèche mérite une description spéciale. — Nécessité de faire une digression du côté du pharynx et des fosses nasales. Étude rapide de la pharyngite atrophique; on l'a souvent désignée sous le nom de pharyngite scrofuleuse superficielle. — Quelques mots sur l'ozène (coryza atrophique). — La diathèse scrofuleuse est une cause prédisposante importante. Toutes les causes d'irritation locale peuvent être invoquées. La laryngite sèche est toujours secondaire. — Les symptômes de l'affection pharyngée et laryngée se confondent souvent entre eux. L'examen du pharynx et des fosses nasales doit être pratiqué. Aspect des matières contenues dans le larynx et la trachée. L'expectoration peut être sanguinolente. — Le diagnostic est facile. — Quelques mots sur l'ozène laryngé et trachéal. — Pronostic et traitement.

MESSIEURS,

J'ai cru devoir détacher des affections que je vous ai décrites dans les leçons précédentes, la laryngite sèche ou atrophique dont le mode d'apparition, la nature et la marche spéciales, m'ont semblé suffisants pour mériter une description séparée.

L'étude de la laryngite sèche m'oblige à une digression qui vous paraîtra toute naturelle, dans le domaine de la pathologie nasale et pharyngée.

Quant au nez, l'examen des maladies dont cet organe peut être atteint n'entrant pas dans le cercle habituel de nos leçons, je me bornerai simplement à vous dire, pour ce qui est du sujet que nous traitons aujourd'hui, qu'il est très fréquent de rencontrer associés chez la même personne la laryngite sèche et l'ozène. Or, comme il est habituel, dans les cas d'ozène, de trouver les fosses nasales élargies, une des conséquences immédiates de cette affection sera que le courant d'air arrivant trop directement sur la paroi pharyngienne produira la pharyngite sèche. Cette dernière serait donc très fréquemment, je dirai même presque toujours, consécutive à l'ozène.

Certains auteurs ont même prétendu que l'ozène avait la pharyngite sèche pour compagne obligée. M. Schech, quoique seul, s'élève contre cette opinion, car, d'après lui, s'il est de règle de voir l'ozène survenir dans les cas de « pharyngitis sicca », la proposition inverse ne demeure plus vraie et beaucoup de malades atteints d'ozène ne présenteraient pas de pharyngite sèche. L'existence de cette dernière me paraît liée d'une façon si intime à l'étiologie de la laryngite sèche que pour arriver à l'étude de cette affection, je crois de toute nécessité d'entrer dans une description détaillée de la pharyngite atrophique.

Je tenais à vous donner ces explications pour que vous puissiez vous rendre un compte exact de l'enchaînement des deux maladies et ne pas m'accuser de trop m'éloigner de mon sujet.

Définition. — On désigne sous le nom de pharyngite sèche, ou plus simplement de pharyngite atrophique, une inflammation chronique de la muqueuse du pharynx et particulièrement de la cavité naso-pharyngienne. Cette affection est caractérisée par la présence d'une sécrétion épaisse se desséchant rapide-

ment et donnant à la paroi muqueuse un aspect vernissé, sec, comme parcheminé.

Description. — La pharyngite atrophique a été diversement décrite par les auteurs, qui en font, les uns, un symptôme de la pharyngite chronique simple ou de la pharyngite granuleuse (Chomel, Lasègue, Guéneau de Mussy, de Trœlsch, Morell-Mackenzie, etc., etc.); les autres une manifestation de la diathèse scrofuleuse (Isambert, Lemaistre), du diabète (Joal), de la dégénérescence graisseuse du cœur (Lœri); d'autres enfin la décrivent comme une affection spéciale, et parmi ces derniers, nous trouvons Lewin, Frænkel, Solis-Cohen, Bosworth, Fayseler.

La sécheresse du pharynx existe en effet dans bien des cas d'inflammation de cette paroi, et l'on retrouve ce symptôme plus ou moins accusé dans la pharyngite chronique simple ou la pharyngite granuleuse. De même, comme l'a fait remarquer Joal, on constate assez souvent chez les diabétiques, une sécheresse notable de la muqueuse de l'arrière-gorge, et même de la bouche tout entière; mais la paroi, le voile palatin et ses piliers sont plutôt tuméfiés et épaissis que très amincis; souvent la membrane muqueuse de l'arrière-nez est tuméfiée, rouge, mais assez lisse et unie. L'arrière-gorge offre un aspect vernissé, brillant; cependant il n'y a point de sécrétions visqueuses, jaunâtres ou même croûteuses, commme celles qu'on observe dans la véritable pharyngite atrophique.

Cette dernière a été assez bien décrite par M. Lemaistre dans son travail inaugural sur l'angine superficielle scrofuleuse chronique; cet auteur la distingue nettement du catarrhe naso-pharyngien habituel. Isambert, lui aussi, rattachait la pharyngite sèche à la scrofule, qu'il appelait avec l'auteur précédent la forme superficielle de cette manifestation diathésique; mais ces deux auteurs avaient le tort, selon moi, de supposer que le catarrhe sus-palatin pouvait

s'étendre vers l'orifice postérieur des fosses nasales et y provoquer l'ozène. C'est le contraire qu'il aurait fallu dire, car je suis sur ce point tout à fait de l'avis du Dr Fayseler, qui dans son étude sur l'angine sèche dit que cette affection est habituellement accompagnée d'un catarrhe de la cavité nasale. Je vais même plus loin et, contrairement à l'opinion de M. Schech que je vous signalais tout à l'heure, je pense que l'affection pharyngienne est le plus souvent secondaire, et la conséquence d'un coryza atrophique (ozène) plus ou moins ancien.

Si l'on se rappelle en effet que l'ozène vrai, essentiel, si nous pouvons employer cette expression, n'est pas comme on l'a cru jusqu'à ces derniers temps une affection ulcéreuse de la muqueuse pituitaire, mais une rhinite atrophique, spécialement caractérisée par un élargissement des fosses nasales dont nous n'avons pas ici à discuter la nature; si, disons-nous, l'on a présente à l'esprit cette notion importante, l'on comprendra très bien que l'affection rétro-nasale et l'affection pharyngienne soient, le plus habituellement, la conséquence de la propagation du processus atrophique à la muqueuse qui tapisse ces parties de l'arbre aérien plutôt que la cause des maladies des cavités nasales.

Il est habituel, en effet, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, dans mon Manuel sur les maladies des fosses nasales, de constater chez les individus atteints d'ozène l'existence de sécrétions croûteuses, jaune verdâtre, particulièrement abondantes le matin au réveil, derrière le voile du palais, tandis que la partie inférieure du pharynx est simplement sèche, vernissée, recouverte d'un mucus visqueux, transparent, moins épais que le précédent. Nous ne craignons même pas d'aller plus loin que les auteurs précédents, en disant que la pharyngite atrophique n'est, pour ainsi dire, jamais une affection isolée, mais une simple propagation du processus atrophique à la paroi pharyngienne.

Toutes les fois que vous constaterez sur le pharynx l'existence de cet amas croûteux dont nous avons déjà parlé, il faudra examiner les fosses nasales et vous trouverez alors, soit une accumulation de matières analogues aux précédentes, ou plus épaisses que ces dernières, soit un élargissement notable des cavités nasales, si la sécrétion a été enlevée. Il existe, en un mot, les symptômes de la rhinite atrophique.

Étiologie. — Et maintenant, si l'on songe combien cette affection atrophique est fréquente chez les sujets scrofuleux, l'on ne sera plus étonné de voir la pharyngite sèche décrite comme étant le premier degré ou la forme la plus légère de la scrofule du pharynx. Toutefois, la plupart des auteurs sont d'accord pour avancer que la muqueuse est lisse, unie, mais jamais colorée, ni même érodée, comme l'avait tout d'abord supposé Isambert. Aussi convient-il de ranger parmi les causes de l'affection toutes celles qui peuvent provoquer, ou plutôt entretenir une inflammation chronique de la muqueuse pituitaire. C'est à ce titre que l'aspiration prolongée des vapeurs ou poussières irritantes, les déformations du squelette du nez, la petitesse relative des cornets, en un mot, toute lésion facilitant le passage trop rapide de l'air inspiré, favorisera la dessiccation des sécrétions accumulées dans les arrière-fosses nasales, et de là, dans le pharynx buccal. De même, les causes susceptibles d'empêcher la respiration nasale (hypertrophie de la muqueuse, tumeurs diverses, corps étrangers, etc.), forçant les malades à respirer constamment par la bouche, occasionnent l'apparition de la pharyngite sèche. Cependant, il convient d'observer que c'est là un symptôme accidentel, mais non une véritable altération de la muqueuse pharyngienne. Cette dernière apparaît alors plus ou moins rouge, congestionnée, sèche et luisante au niveau de la partie moyenne et inférieure, mais le pharynx nasal est épargné; ce qui n'arrive pas dans la véritable pha-

ryngite atrophique, accompagnée ou, pour mieux dire, précédée d'ozène.

D'après Lemaistre, dont M. Schech partage l'opinion, les croûtes s'arrêteraient brusquement à l'endroit où le voile du palais vient s'appliquer, dans le mouvement de la déglutition, sur la partie postérieure du pharynx. « Elles forment à cet endroit, dit-il, une ligne nettement tranchée. » Je ne saurais cependant me ranger à un avis si catégorique, car j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer le contraire. Du reste, l'on a décrit dans ces dernières années de véritables laryngites sèches caractérisées par la présence dans le larynx de mucosités verdâtres, desséchées, se continuant avec celles qui recouvraient le pharynx et occasionnant une altération plus ou moins profonde de la voix; j'ai même publié dans la *Revue* que je dirige l'observation d'une malade offrant des troubles respiratoires qui en avaient imposé pour une lésion plus grave de la muqueuse de l'organe vocal. C'était chez une jeune fille âgée de quatorze ans, atteinte d'aphonie, et chez laquelle l'examen laryngoscopique révéla l'existence d'une paralysie des muscles adducteurs des cordes vocales et la présence de croûtes grisâtres obstruant en grande partie la lumière de l'orifice glottique. Le pharynx lui-même était sec et tapissé de mucosités desséchées de couleur verdâtre, formant de véritables croûtes qui remontaient jusqu'au niveau des arrière-fosses nasales. Ces dernières ne contenaient aucune sécrétion, mais il était facile de voir, d'après l'atrophie considérable de la muqueuse de cette région, que la malade avait dû moucher peu de temps auparavant, l'un de ces bouchons épais et odorants qui sont le propre de cette inflammation spéciale de la muqueuse pituitaire. L'interrogatoire de la malade confirma du reste cette supposition. L'électricité directe a bientôt raison de cette paralysie et le pinceau des sécrétions accumulées dans l'organe vocal. Ce fait n'est

nullement extraordinaire, car récemment (1886), à propos d'une communication sur la laryngite sèche, faite par M. le Dr Lublinski, M. Michael disait avoir observé un cas à peu près analogue au précédent, chez une jeune fille de quinze ans.

La scrofule a surtout été incriminée dans l'étiologie de la pharyngite sèche, et c'est à juste titre, car elle constitue certainement la cause prédominante. Je dois pourtant vous signaler encore d'autres causes de moindre importance, il est vrai, mais que, peut-être, il ne faudrait pas passer complètement sous silence. C'est ainsi qu'on a remarqué qu'elle était surtout fréquente dans l'âge adulte, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre, qu'elle accompagnait parfois l'anémie et la tuberculose et qu'on pouvait la voir apparaître au cours de la maladie de Bright.

Symptômes. — Ce que nous venons de dire sur l'affection qui nous occupe, me dispensera d'insister longuement sur sa symptomatologie. Il existe des cas légers où le sujet ne ressent aucune sorte de gêne; un peu plus tard, alors que la maladie est plus ancienne, il se plaint de la présence d'un corps étranger à l'arrière-gorge, d'un sentiment de sécheresse qui lui fait humecter sa gorge soit avec des pastilles, soit avec un liquide quelconque. La déglutition des aliments n'est point gênée, car la mastication, en humectant la bouche, procure aux malades un soulagement passager pendant et un peu après les repas, mais la déglutition à vide est parfois un peu plus difficile, soit à cause du défaut d'élasticité de la muqueuse, soit à cause de la présence des mucosités desséchées à sa surface qui gênent les mouvements musculaires.

Dans quelques cas, existe un peu de toux sèche, analogue à celle de la pharyngite granuleuse. Toutefois aucun de ces symptômes n'est caractéristique, et c'est à l'examen direct qu'il faut recourir pour constater nettement les symptômes.

Les parties atteintes sont, par ordre de fréquence : 1° la muqueuse qui recouvre le naso-pharynx et celle de la paroi postérieure du pharynx; nous avons vu que certains auteurs admettaient une ligne de démarcation bien nette entre ces deux parties; 2° la muqueuse correspondant au larynx et le larynx lui-même; 3° enfin il est excessivement rare (Schech n'en aurait vu qu'un seul cas) que la portion antérieure du voile du palais et la muqueuse de la bouche soient envahies par le processus. L'examen direct, après avoir préalablement détergé le pharynx, s'il y a lieu, montre que la muqueuse est lisse, luisante, comme vernissée dans certains points, recouverte ailleurs de mucosités desséchées jaunâtres ou même brunes, surtout en arrière de la luette et du voile du palais.

L'examen au rhinoscope (rhinoscopie antérieure) permet aussi, avec un bon éclairage, l'inspection du pharynx nasal vu l'élargissement notable de l'une ou des deux fosses nasales, par suite de l'atrophie plus ou moins avancée des cornets inférieurs et moyens. De plus, l'examen direct du naso-pharynx par la rhinoscopie postérieure, en général très facile, grâce à l'obtusion de la sensibilité de la muqueuse, et dans tous les cas possible à l'aide de la cocaïne et du crochet palatin, doit toujours être fait. Presque toujours on trouve des mucosités desséchées et parfois très adhérentes, recouvrant la muqueuse et dont on ne parvient souvent à la débarrasser qu'au prix d'une certaine difficulté ou après des inhalations chaudes de quelque durée. Ceci fait, on peut se convaincre que la muqueuse, en présence de laquelle on se trouve, est notablement amincie, atrophiée dans toutes ses parties; elle glisse difficilement sur la paroi osseuse du pharynx. Je ne doute pas que dans les cas avancés, il existe non seulement une atrophie notable des glandes de la muqueuse, comme l'ont noté Wendt et Bosworth, mais encore une atrophie des fibres musculaires sous-jacentes.

C'est ce qui donne à cette paroi un aspect aminci, nacré,

facile à reconnaître et qui indique bien qu'il s'agit d'un processus pathologique régressif analogue à celui du coryza atrophique. Chez ces malades, comme l'a dit avec raison le Dr Solis-Cohen, le pharynx paraît plus grand qu'à l'état normal.

Quand la paroi musculaire se contracte, on remarque comme de petits plis, s'irradiant en divers sens. Schech dit que grâce à la transparence de la muqueuse, les muscles qui la doublent lui donnent l'aspect de la viande fumée avec une coloration variant du rouge pourpre au rose pâle. A côté des parties atrophiées, on peut remarquer des points hypertrophiés, ce qu'on a pu considérer comme un argument en faveur de la théorie qui fait succéder l'atrophie à l'hypertrophie.

Le processus général finissant par gagner l'élément glandulaire qui peut être en partie détruit, on s'explique ainsi les modifications quantitatives et qualitatives de la sécrétion.

Laryngite sèche. — L'étude que nous venons de faire de la pharyngite sèche nous facilitera considérablement celle de la laryngite sèche surtout au point de vue symptomatologique.

Les malades atteints de cette affection ne sont guère incommodés par les symptômes généraux ; la fièvre ne se montre jamais et ce qu'il y a de plus désagréable c'est l'irritation continue de la gorge déterminée par la présence des croûtes.

Comme dans la pharyngite sèche, les sécrétions sont altérées au point de vue de leur qualité ; moins filantes et moins fluides qu'à l'état normal, elles deviennent par suite de leur viscosité très adhérentes à la muqueuse.

Cette adhérence des croûtes, quand elle se produit au niveau du bord libre des cordes vocales, ce qui est du reste assez fréquent, détermine des quintes de toux qui peuvent se transformer en accès spasmodiques sous l'influence des efforts faits par le malade pour débarrasser son larynx des

mucosités qui le gênent. En même temps que la toux, ou la suivant de très près, apparaît un second symptôme non moins constant : je veux parler des modifications subies par la voix. Les malades au début sont enroués; ils ont la voix grave et couverte, mais après une quinte de toux et alors qu'ils ont expectoré les croûtes qui se trouvaient dans le larynx, ils peuvent recouvrer momentanément la voix avec son timbre normal, ou à peine enroué, voilé, jusqu'à ce qu'il se forme de nouvelles concrétions qui seront suivies des mêmes effets.

Bientôt, et dans un délai assez restreint, on voit survenir une aphonie à peu près complète, dont peut-être il serait possible de donner l'explication suivante : sous l'influence d'une irritation constante due à la présence des croûtes desséchées, la sensibilité réflexe de la muqueuse laryngienne s'amoindrit de plus en plus, et finalement s'établit une tolérance complète. La voix est alors abolie pour deux raisons : par action purement mécanique d'abord et ensuite par parésie musculaire consécutive. Que si cet état se prolonge longtemps, on comprend que l'aphonie devienne absolue.

La dyspnée peut, comme dans le cas auquel je faisais allusion plus haut, aller à la suffocation; et cet autre symptôme fonctionnel est en raison directe de l'intensité de la maladie et aussi de son ancienneté.

Aussi longtemps que demeure sensible la muqueuse de leur larynx, les malades pourront se plaindre d'éprouver à la gorge une sensation de corps étranger qui disparaît momentanément après une quinte de toux. C'est qu'en effet, ces quintes sont suivies de l'expectoration de croûtes surtout abondantes le matin au réveil, après le repos de la nuit; celles-ci se détachent en s'accompagnant d'une sensation de déchirure suivie d'un certain bien-être. Elles offrent des caractères particuliers, sont plus ou moins noires suivant la profession des malades

et suivant aussi la couleur des poussières qu'ils sont exposés à inspirer; dures à leur centre et de consistance moindre à la périphérie, elles ont un volume variable, car elles sont tantôt étalées et aplaties, tantôt enroulées et comme pelotonnées sur elles-mêmes : tout cela dépendant du point où elles se sont formées dans le larynx. Il est encore un autre aspect que peuvent présenter les croûtes et que je tiens à vous signaler, car il a son importance : souvent vous les trouverez striées de sang; or il faut que vous sachiez qu'on a fait de l'apparition de ce sang dans les croûtes un symptôme d'une autre variété de laryngite dont je vous ai déjà parlé. (Voir Troubles de la circulation, Laryngite hémorragique.) Qu'il vous suffise pour l'instant de savoir que les stries sanguinolentes apparaissant au cours de la laryngite sèche, sont en général dues à la desquamation épithéliale produite par l'arrachement violent des produits de sécrétion desséchés.

Les signes que je viens de vous décrire ne représentent pas à eux seuls toute la symptomatologie de la laryngite sèche et ce serait se priver d'un utile concours que de négliger l'examen laryngoscopique. Celui-ci, en effet, viendra vous confirmer dans votre hypothèse en vous permettant de constater *in situ* l'existence des croûtes qui, si vous voulez bien l'admettre, constitueront pour nous le caractère fondamental de la laryngite sèche. Vous pourrez donc apercevoir au niveau de l'épiglotte, une couche de mucus verdâtre, desséché; cependant sa présence n'est pas constante et dans certains cas l'opercule glottique pourra être tout à fait libre. Mais, sur les bandes ventriculaires et sur les cordes vocales, il n'en sera plus de même, car c'est en général là que vous trouverez le corps du délit; un endroit où se montrent presque à coup sûr les sécrétions, c'est le ventricule de Morgagni que sa situation protège contre le courant d'air expiré et partant rend moins facile à débarrasser des produits qu'il contient. C'est même ce

qui rend compte de la forme pelotonnée de l'exsudat sur laquelle j'appelais tout à l'heure votre attention.

Je vous disais que parfois les concrétions muqueuses étaient teintées de sang et je vous expliquais comment il était possible d'expliquer cette coloration; l'examen laryngoscopique vient en effet apporter une preuve confirmative de cette hypothèse. Si, avant de pratiquer cet examen, vous priez le malade de faire un certain effort pour détacher les croûtes et qu'il y réussisse, ou si vous-même, armé d'un pinceau, vous les enlevez sous le miroir, vous pouvez dans certains cas remarquer qu'à la place occupée par celles qui étaient le plus adhérentes s'est produit un petit suintement hémorragique dont il suffit de vous signaler la présence pour que vous en compreniez la pathogénie. Donc, si avec Gottstein, je ne vais pas jusqu'à dire que peut-être tous les cas de laryngite hémorragique sont des cas de laryngite sèche, — car il existe manifestement des preuves du contraire, — je crois cependant pouvoir comme lui reconnaître que souvent les premières peuvent n'être qu'une modalité des secondes.

Les altérations de la membrane muqueuse elle-même seront représentées par de l'hypérémie, un aspect dépoli et comme un certain plissement au niveau de la région inter-aryténoïdienne.

Comme je vous ai exposé plus haut l'état du nez et du naso-pharynx dans la laryngite sèche, il est inutile d'y revenir ici, mais il faut vous rappeler que vous ne devez pas négliger l'examen de ces cavités.

Les parésies musculaires se reconnaîtront aux signes habituels.

Diagnostic. — Je crois avoir suffisamment insisté sur la symptomatologie pour que vous ayez assez de signes certains vous permettant d'éviter toute erreur dans le cas de laryngite sèche. Je vous signalerai simplement une affection

dont il paraît que la première mention doive être attribuée à Frænkel et qui a été décrite en Italie par Massei, et plus récemment en France par M. le Dr Luc. Cette affection dont l'autonomie ne me paraît pas clairement démontrée a été désignée par ses inventeurs sous le nom d'ozène trachéal d'abord et tendrait maintenant à devenir l'ozène laryngo-trachéal. Quoi qu'il en soit, elle serait caractérisée par ce fait qu'elle serait absolument indépendante de toute altération concomitante du même genre du nez ou du pharynx; car, dans tous les cas, si ceux-ci ont pu être atteints simultanément, le traitement dirigé contre eux n'influerait en rien sur l'ozène trachéal. Ce dernier, comme l'indique le nom, s'accompagne d'une odeur repoussante qui serait due à la présence de croûtes situées dans la trachée où elles seraient fermement adhérentes. L'odeur constituerait donc le symptôme caractéristique de cette laryngopathie, dont la ressemblance avec la laryngite sèche est trop nette pour qu'il me paraisse utile d'insister sur un diagnostic différentiel plus théorique que pratique.

Pronostic. — Le pronostic de la laryngite sèche est bénin et la guérison est la règle générale. Le seul inconvénient réside dans la chronicité de l'affection et la difficulté qu'on éprouve à la faire disparaître complètement.

Nous venons d'étudier ensemble la laryngite sèche, je vous en ai même donné une assez longue symptomatologie dont j'ai cru devoir m'autoriser pour glisser rapidement sur le diagnostic; et cependant je dois vous avouer avant de passer au traitement que pour certains auteurs cette affection n'existe pas. En effet, Virchow, notamment, rejette comme illogique la dénomination de laryngite sèche, de catarrhe sec dont il se moque plaisamment. Or, malgré toute l'autorité qui s'attache au nom du savant allemand, nous maintiendrons la dénomina-

tion de laryngite sèche, ne voulant point indiquer par là, comme dit Gottstein, un catarrhe sans sécrétion, mais un catarrhe dont la sécrétion est changée qualitativement, qui constitue une forme particulière et qui, en raison de l'unité de symptômes qui en fait le fond, doit être désigné de la sorte.

Traitement. — Vous avez pu voir que la cause première de la laryngite sèche résidait dans les fosses nasales ; c'est de ce côté que devront être dirigées les premières tentatives thérapeutiques. Celles-ci consisteront en lavages abondants et fréquemment répétés faits soit avec de l'eau alcalinisée, soit avec des eaux sulfureuses, naturelles ou artificielles. Vous ferez suivre ces lavages de pulvérisations avec des liquides antiseptiques, et à ce titre je vous recommande l'emploi d'irrigations faites avec des solutions d'acide phénique, de chloral, d'acide salicylique, de résorcine, d'acide lactique, de benzoate de soude, d'acide crésylique, etc., etc. Ces solutions devront être employées au 500e.

Il sera également bon de prescrire des pulvérisations pharyngées faites avec des eaux sulfureuses au début, puis avec des liquides antiseptiques. Si la chose est possible, vous recommanderez encore les fumigations émollientes employées le matin et le soir pendant quelques minutes. L'iodure de potassium à petites doses peut aussi procurer du soulagement.

Quant au traitement local, il consistera, en premier lieu, à déterger complètement le larynx des mucosités qui adhèrent à la muqueuse. On y parviendra par des inhalations de vapeur d'eau assez longtemps prolongées, ou bien encore par des attouchements faits avec une solution de chlorate de potasse. Gottstein, qui recommande un soluté de ce dernier agent à 4 0/0, badigeonne ensuite la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent depuis 4 jusqu'à 6 0/0, ce qui offrirait le double avantage d'une efficacité certaine et d'un styptique

excellent en cas d'hémorragie. Je puis vous dire que j'ai retiré d'aussi bons résultats de l'emploi d'une solution de chlorure de zinc de 1/10 à 1/50.

Les parésies qui compliquent fréquemment les laryngites sèches seront traitées par des moyens appropriés que nous étudierons un peu plus tard. (Voir Troubles de la motilité.)

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les badigeonnages de la paroi du pharynx compléteront utilement le traitement; les badigeonnages de naphtol et de salol me paraissent surtout convenir dans ces cas. Je vous recommanderai l'emploi de l'une des formules suivantes :

Salol	2 grammes.
Huile de vaseline	30 —

ou bien encore :

Naphtol alpha	àâ 1 gramme.
Camphre pulvérisé	

Triturez ensemble jusqu'à solution, et ajoutez peu à peu :

Huile de vaseline........ 15 à 30 grammes.

pour badigeonnages avec pinceau.

Quelques pulvérisations pharyngo-laryngées avec des solutions alcalines peuvent aussi trouver leur indication.

Pour compléter la cure, vous recommanderez un séjour dans les Pyrénées ou aux diverses stations sulfureuses, Amélie, Aix-les-Bains, Enghien, etc., etc., qui me semblent avoir dans ces cas une action réellement efficace.

C'est ici que les douches et pulvérisations thermales telles qu'elles sont pratiquées dans la plupart des stations pyrénéennes, c'est-à-dire les douches pharyngiennes, seront particulièrement utiles. Je dis douches parce que la grande

généralité des malades qui croient faire de la pulvérisation, reçoivent en réalité au fond de la gorge une véritable pluie liquide qui frappe assez vigoureusement la paroi pharyngienne pour mériter le nom de douche au lieu de celui de pulvérisation sous lequel on la désigne habituellement.

L'emploi de liquides finement poudroyés au tamis à mailles serrées, conviendra surtout lorsque la cavité laryngienne participera au processus morbide. Cette pulvérisation devra suivre la douche pharyngienne pour agir plus efficacement sur la muqueuse des premières voies aériennes.

Les sulfureux en gargarismes et surtout en boisson seront aussi d'un secours précieux dans le traitement de cette affection souvent longue et difficile à guérir.

XIVe, XVe, XVIe ET XVIIe LEÇONS

Laryngite tuberculeuse (Tuberculose du larynx, phtisie laryngée).

Sommaire. — La tuberculose laryngée est fréquente; il est utile de savoir la reconnaître. — Valeur du terme phtisie laryngée autrefois et aujourd'hui. — La tuberculose peut débuter par le larynx. — Théorie basée sur l'existence du bacille de Koch. — Laryngite ultimo de Krishaber. — Laryngite des tuberculeux. — Classifications des divers stades de cette affection. — Étiologie générale et locale. — Théorie de l'auto-inoculation. Influence de la prédisposition individuelle.

Symptomatologie fonctionnelle. — Troubles de la voix, de la déglutition, de la respiration, etc. — Lésions locales; elles varient avec les périodes de la maladie. — Première période : Rougeur ou anémie du début; aspect velvétique. Sa valeur symptomatique. — Lésions de la deuxième période; gonflement, érosions, ulcérations, déformations de l'épiglotte, bourgeonnements polypoïdes. — Lésions de la troisième période. — Anatomie pathologique. — Marche. — La durée varie avec la forme de la maladie. — Tuberculose miliaire aiguë. — Le pronostic est grave, mais non fatal. — Diagnostic; il est souvent difficile au début. Autres affections diathésiques offrant des analogies avec la tuberculose laryngée (lupus, syphilis, cancer).

Traitement : il sera général, prophylactique et local. — Traitement chirurgical et médical.

Messieurs,

La fréquence de la tuberculose de l'organe vocal est aujourd'hui malheureusement trop bien établie pour qu'on puisse songer à la révoquer en doute.

Les statistiques fournies par les divers auteurs sont assez variables : les uns estimant, en effet, que cette affection se

rencontre dans la moitié des cas de tuberculose généralisée, d'autres au contraire pensant qu'elle n'y figure que dans la proportion d'un tiers ou même d'un quart. Mais en prenant une moyenne de ces diverses statistiques, on voit que c'est environ dans la moitié ou certainement dans un bon tiers des cas de tuberculose, que l'on trouve du côté du larynx des altérations qui doivent être en toute certitude imputées à cette diathèse. J'éclairerai du reste tout à fait votre religion en faisant passer sous vos yeux les statistiques fournies par les auteurs les plus compétents. Ainsi Villigk ayant pratiqué 1317 autopsies de tuberculeux n'a trouvé que 237 affections du larynx, soit 17,99 0/0. De son côté Heinze est arrivé à une moyenne de 22,51 0/0, Schæffer a trouvé des altérations diverses du larynx dans 97,4 0/0 des cas de maladie des poumons. Mackenzie a rencontré sur 100 cas de phtisie pulmonaire au premier et au second stade 33 cas de phtisie laryngée. Ces chiffres, vous le voyez, offrent des différences assez grandes, mais celles-ci sont plus apparentes que réelles. En effet, il est évident que les statistiques de Villigk et de Heinze ne sauraient être rigoureusement exactes, car nombre de lésions peuvent exister pendant la vie qui ont disparu sur la table d'autopsie. D'autre part, Mackenzie semble ne s'être préoccupé que des altérations organiques et sa statistique donne probablement aussi des chiffres au-dessous de la réalité.

Je ne saurais trop insister sur l'importance qu'il peut y avoir à établir un diagnostic exact. Bien que la tuberculose soit en effet grave dans ses manifestations du côté de l'organe vocal, on a cependant vu les lésions rétrocéder et même disparaître d'une façon complète dans des cas jugés à peu près incurables. Ce qui est certain, c'est que dans les consultations laryngoscopiques des hôpitaux ou des cliniques particulières, les tuberculeux du larynx représentent au moins le tiers des malades.

J'espère, dans le cours de cette étude, pouvoir vous démontrer l'influence favorable du traitement sur une affection aussi redoutable. Mais pour compter sur une semblable amélioration, il faut être tout à fait sûr de son diagnostic, autrement on pourrait mettre à l'actif de la tuberculose certains succès thérapeutiques qui ne doivent pas y être rangés. D'autre part, une médication intempestive faite chez des tuberculeux considérés comme syphilitiques, donnerait des résultats absolument inverses de ceux que vous auriez été en droit d'espérer.

Jusqu'à une époque assez rapprochée de nous et qu'on peut faire remonter à l'introduction du laryngoscope dans la pratique médicale (1859), l'expression de phtisie laryngée servait de désignation commune à une foule d'affections ulcéreuses du larynx qui, en produisant par sténose le rétrécissement de ce conduit, provoquaient, au dire des auteurs, le développement de la phtisie. Aussi trouveriez-vous, rangées au commencement du siècle, dans le cadre de la phtisie, des affections qui en ont été depuis longtemps distraites.

Trousseau et Belloc eux-mêmes, dans leur mémoire paru en 1837, n'ont pas évité cette confusion et il faut, comme je vous le disais tout à l'heure, arriver jusqu'à 1859 pour voir établir des distinctions absolument nettes. Aujourd'hui, avec les idées nouvelles sur la nature de la maladie, les termes phtisie et tuberculose laryngée sont devenus absolument synonymes.

La tuberculose laryngée est une affection *aiguë* ou *chronique* essentiellement liée à l'évolution de la diathèse tuberculeuse et ayant pour siège l'organe vocal ou ses dépendances immédiates.

Étiologie et Pathogénie. — La tuberculose laryngée peut débuter de trois façons : 1° antérieurement à toutes lésions pulmonaires du même genre; 2° consécutivement à ces dernières; ou 3° en même temps qu'elles.

Cette apparition des manifestations laryngées avant, avec, ou pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire, vous indique bien qu'il n'existe aucune relation chronologique entre les diverses localisations de cette diathèse sur l'arbre aérien. C'est ainsi que les lésions du larynx pourront être à la fin de la première ou à la deuxième période, alors que dans les poumons existeront déjà soit des cavernes, soit tout simplement les signes d'une infiltration au début. Quant à admettre en principe, avec Isambert, que toutes les fois que les altérations du larynx sont parvenues à la période ulcéreuse, la phtisie pulmonaire est au troisième degré, nous ne saurions partager une opinion certainement contraire à ce que vous pouvez observer chaque jour.

A. — *La laryngite tuberculeuse primitive* a été niée par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels doivent être surtout cités Louis, Türck, Ziemssen, Heinze, Tobold, Klebs, Mackenzie, Krishaber et Niemeyer. S'appuyant sur de nombreuses recherches anatomo-pathologiques qui lui sont absolument personnelles, Heinze dit que dans tous les cas où le larynx était atteint, il a trouvé du côté des poumons des signes manifestes d'altérations tuberculeuses. S'il en est, ajoute-t-il, qui ne veulent pas admettre l'existence de ces lésions pulmonaires, c'est tout simplement parce qu'ils se fondent sur l'existence de signes négatifs constatés pendant la vie. Or, ces signes négatifs ne prouvent absolument rien, les lésions pouvant échapper à tous nos moyens d'investigation physique, soit à cause de leur volume trop restreint, ou de leur situation trop centrale.

D'autres auteurs paraissent avoir cité des exemples incontestables de laryngite tuberculeuse, où la lésion du côté de l'organe vocal avait depuis longtemps précédé celle du côté de l'appareil pulmonaire. Les deux opinions comptent des partisans également distingués, et on peut dire que l'existence

d'une tuberculose primitive du larynx est, même aujourd'hui, une question assez délicate à résoudre. Cependant pour notre propre compte, nous n'hésitons pas un seul instant à admettre cette localisation première de la tuberculose. Assurément on a pu commettre des erreurs et considérer comme primitifs des cas qui n'étaient que secondaires; l'opinion de Heinze est fondée à cet égard; mais elle nous semble exagérée. La connexion ne sera bien établie, et des preuves irréfragables ne seront apportées, que le jour où le hasard fera mourir d'une affection intercurrente un malade atteint de phtisie laryngée et qui n'était porteur, comme l'apprendra l'autopsie, d'aucune autre lésion de même nature, dans un point quelconque de l'organisme. Mais ne saurait-on procéder par esprit de théorie et admettre au niveau du larynx une localisation spéciale de la diathèse, comme cela se passe pour d'autres organes, tels que le testicule, le rein ou la vessie, et aussi le système osseux? Du reste, cette interprétation n'est pas exclusivement théorique, car elle a pour elle le puissant appui de nos idées nouvelles sur la nature parasitaire de la tuberculose. En effet, sans vouloir élargir le cadre de la discussion, il est admis que la tuberculose se développe sous l'influence du bacille de Koch. Or celui-ci, tout le démontre, pénètre dans nos tissus par l'intermédiaire de l'air inspiré.

Pourquoi son action se traduit-elle surtout par des manifestations pulmonaires? Parce que vraisemblablement, arrivé dans le poumon, il est au terme de sa course, et n'est plus, comme dans la partie supérieure de l'arbre aérien, soumis au balayage incessant du courant d'air; il peut donc à l'extrémité des bronchioles et au fond des alvéoles pulmonaires, travailler à l'aise, sûr qu'il est de ne pas être dérangé. Il pourra, là, prendre tout le temps nécessaire à son développement et arriver à s'implanter dans un tissu primitivement sain, ce qu'il eût été, pour les causes que nous venons de signaler, impuissant à faire au niveau du larynx, quand celui-ci se

trouve dans des conditions normales de résistance. Mais que cette résistance vienne à s'affaiblir pour des raisons diverses, le bacille trouvant alors renversées les barrières qui entravaient son action, élira domicile dans la muqueuse laryngienne, et ainsi sera constituée la tuberculose primitive, les poumons demeurant complètement indemnes au moins pendant un certain laps de temps.

Ces explications étant données, avec Trousseau et Belloc, avec Cruveilhier, Mandl, Guéneau de Mussy, Ter-Maten, Rühle, Lebert, Lancereaux, Waldenburg, Schech, Progrebinski, Orth, Fränkel, Solis-Cohen, etc., nous ne craignons pas, comme nous le disions tout à l'heure, d'admettre l'existence d'une laryngite tuberculeuse primitive parfaitement distincte.

Krishaber a voulu faire une troisième forme de tuberculose de l'organe vocal : la laryngite tuberculeuse ultime, n'apparaissant que tout à fait à la fin de la tuberculose pulmonaire.

Cette forme absolument inutile ne me paraît être qu'une simple subdivision de la deuxième, et à ce titre ne doit pas être conservée.

B. — MM. Jaccoud et Joal ont admis une variété de laryngite qu'ils ont qualifiée du nom de *laryngite des tuberculeux*. Si l'on reconnaît qu'il est possible aux tuberculeux, sous l'influence du froid par exemple, de contracter une laryngite catarrhale simple d'abord, et pouvant plus tard, étant donné le terrain particulier où elle a pris naissance, devenir tuberculeuse, nous nous rangeons volontiers à l'opinion de ces auteurs. Mais si l'on veut au contraire en faire une laryngite où il n'existe pas de tubercules, nous ne saurions admettre cette manière de voir. En effet, la laryngite simple, catarrhale, peut n'être pas tuberculeuse ; mais qu'elle devienne ulcéreuse, et alors, comme l'a démontré M. Doléris par de nombreuses recherches anatomo-pathologiques, on rencontre toujours des

granulations tuberculeuses qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

Classification des différentes périodes. — L'étude de la tuberculose laryngée étant absolument complexe, de nombreuses classifications de cette maladie ont été proposées. Les uns, établissant une classification basée sur l'aspect des lésions, ont divisé la laryngite tuberculeuse en superficielle, profonde et grave. Cette division a le tort de ne répondre à rien et de ne point fixer assez dans l'esprit du médecin les lésions qu'il peut rencontrer. D'autres ont admis trois formes : aiguë, subaiguë et chronique, basées sur l'évolution des lésions dans le larynx ; c'est celle adoptée par l'un de mes anciens élèves, M. le Dr Ducau, dans son travail inaugural. Nous conserverons du reste cette classification, tout en admettant pour chacune de ces formes de la maladie, les trois périodes proposées par Isambert, avec quelques modifications. Cet auteur avait en effet reconnu à la tuberculose de l'organe vocal : 1° Une période catarrhale ; 2° une période ulcéreuse ou œdémateuse ; 3° et enfin une période nécrosique.

Il est facile de voir que la première de ces périodes correspond à celle où se produit l'infiltration ; la deuxième, à la période d'évolution du tubercule lui-même ; nous y ferons entrer la forme végétante ; enfin, la troisième période correspond à la terminaison de la maladie ; mais au lieu de considérer cette dernière comme toujours fatale, nous y ferons aussi entrer les cas de guérison.

En résumé, voici la classification des différents stades à laquelle nous nous arrêtons dans l'étude de la laryngite tuberculeuse ; nous admettrons trois périodes, savoir :

1° Période d'infiltration ou catarrhale ;

2° Période d'évolution, ou période ulcéreuse, œdémateuse et végétante ;

3° Période de terminaison, ou période nécrosique d'Isambert, pouvant se terminer par carie, nécrose et la mort, ou par guérison.

Nous étudierons donc successivement les divers stades de cette terrible affection dans l'ordre que je viens de vous indiquer. Mais, tout d'abord, je dois vous dire quelques mots sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie que nous allons apprendre à connaître.

Étiologie. — La cause dominante de la laryngite tuberculeuse est la diathèse tuberculeuse. Mais, chez les sujets entachés de cette diathèse, il peut exister des circonstances aggravantes que je vais vous exposer. C'est ainsi que l'âge est loin d'être indifférent à l'apparition de la maladie. On la rencontre le plus fréquemment dans l'âge adulte, de vingt à trente ans, et même de vingt à quarante ans. Elle est très rare dans l'enfance et la vieillesse : Morell-Mackenzie, dans sa longue pratique, n'aurait rencontré la laryngite tuberculeuse chez l'enfant que dans quatre cas; Heinze l'aurait aussi trouvée neuf fois; enfin Rheiner en aurait constaté un cas chez un enfant de quatre ans. J'ai eu moi-même l'occasion de traiter des vieillards de soixante-quatorze à quatre-vingts ans, atteints de tuberculose laryngée ulcéreuse accompagnée des symptômes habituels observés chez les adultes ; mais j'ai rarement vu cette complication atteindre les enfants.

Le sexe paraît aussi être une cause prédisposante; c'est ainsi qu'on la trouve plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. La proportion, d'après Heinze, serait la suivante : 33,6 hommes pour 21,6 femmes; d'après Schæffer, 32,2 pour 17,7, et, en outre, les affections du larynx seraient 69,2 fois spécifiques chez les hommes, et 60,7 seulement chez les femmes.

Quelles raisons pourrait-on invoquer à cet égard? Est-ce

parce que l'homme, par suite de ses occupations ou de ses habitudes vicieuses (surmenage de toutes sortes, inhalations de substances irritantes, etc.), est plus exposé que la femme à contracter la tuberculose ? C'est probable.

Je citerai encore, parmi les causes incriminées, l'abus de la parole et du tabac, qui ne me paraissent pas suffisants pour pouvoir seuls amener une laryngite tuberculeuse. Une dernière cause, celle-ci méritant d'être prise en considération, ce serait la prédisposition héréditaire, ou acquise, de certains sujets à contracter la tuberculose. C'est ainsi que toutes les causes susceptibles de débiliter l'organisme le rendent apte à conserver et à développer les germes de l'affection. Le bacille trouvant chez eux un terrain propre à son évolution, se cantonnerait plus spécialement sur le larynx, et provoquerait ainsi une laryngite tuberculeuse. Gottstein, qui émet une opinion analogue, admet qu'à la suite d'une érosion de la muqueuse, il y aurait pénétration bacillaire dans le tissu sous-épithélial, et alors, sans que l'épithélium soit attaqué préalablement, il y aurait des altérations anatomiques dues au développement des bacilles. Cette hypothèse paraîtrait confirmée par le fait que les petits nodules tuberculeux sont surtout épais et nombreux dans la partie la plus supérieure de la muqueuse, immédiatement au-dessous de l'épithélium, et qu'ils diminuent de quantité dans les couches profondes.

Pathogénie. — Louis avait autrefois émis l'opinion que les ulcérations de la trachée et du larynx étaient dues au passage incessant des crachats et des matières purulentes dont l'âcreté irritait et enflammait la muqueuse. A cette théorie, Rheiner a ajouté les irritations et les froissements de la région qui la rendaient plus apte à s'enflammer. Friedreich voulut faire entrer en cause l'influence du pneumogastrique sur le larynx et le poumon ; mais il faut avouer que, d'une part, les recherches de Villemin sur la contagion de la tuberculose, d'une

autre, la découverte du bacille pathogène de Koch, ont donné une certaine valeur à la théorie de Louis et l'ont rendue vraisemblable. Elle a trouvé, du reste, un ardent défenseur dans la personne de Klebs. Pour cet auteur, en effet, les sécrétions des cavernes, riches en bacilles tuberculeux, peuvent déterminer dans l'organe vocal, au niveau de certains points, prédisposés par leur structure anatomique particulière, de graves altérations. C'est ainsi que d'après lui, les ventricules de Morgagni se trouveraient à cet égard dans les meilleures conditions, car ils retiennent les produits infectieux et favorisent le développement des ulcères tuberculeux; il en est de même des processus vocaux où on les voit d'ordinaire débuter à la suite du frottement. Mais si cette théorie était exacte, il devrait s'ensuivre que la tuberculose débuterait toujours de la même façon, et que les cavernes profondes seraient suivies fatalement d'altérations du larynx. Or, les constatations faites à l'autopsie, ayant démontré, que d'une manière générale, la trachée est rarement atteinte, cela seul nous paraît suffire à infirmer la théorie de Louis. On peut encore dire qu'il est relativement assez commun de constater des lésions du larynx à la première période de la phtisie, c'est à-dire à une époque où souvent les désordres pulmonaires sont imperceptibles; et alors il ne saurait s'agir de sécrétion infectieuse.

Rheiner, comme je viens de vous le dire plus haut, a pensé que les ulcérations pourraient bien résulter du frottement de la muqueuse; il se produirait alors ce que le Dr Cadier a décrit sous le nom d'auto-inoculation. Cette opinion, admissible pour les cas d'ulcérations symétriques des cordes vocales, me paraît très contestable, car souvent on les rencontre chez des malades dont les cordes vocales ne peuvent être rapprochées.

D'autres auteurs ont admis que c'était la toux qui provo-

quait la laryngite tuberculeuse; mais ils ne songeaient certainement pas, en avançant cette opinion, que la toux était parfois consécutive à la laryngite.

Heinze enfin a supposé, appuyé sur des faits pathologiques nombreux, que c'était par les vaisseaux (artériels et lymphatiques), que se faisait la contagion C'est évidemment là un mode d'infection dont il faut tenir compte pour expliquer les lésions profondes par lesquelles débute parfois la tuberculose du larynx.

En résumé, aujourd'hui que la nature spécifique du bacille de Koch est parfaitement établie et que l'inoculabilité de la tuberculose est un fait démontré, nous admettrons volontiers, avec MM. Grancher et Hutinel, que *sur un terrain bien préparé*, la moindre érosion de la muqueuse laryngée pourra servir de porte d'entrée aux bacilles, leur fournir des éléments de vitalité et de développement qu'ils ne trouvent pas dans le même organe de sujets réfractaires à l'évolution de ce germe. Dans d'autres cas, c'est par les vaisseaux que se produiront l'infiltration tuberculeuse et les lésions qui en résultent.

Laissez-moi, avant de terminer ces quelques considérations, vous citer une tentative de MM. Hoyer et Hering, pour reproduire expérimentalement la tuberculose laryngée, tentative que rapportent MM. Gouguenheim et Tissier, dans leur travail sur ce sujet : « On injecte, disent ces auteurs, dans la veine jugulaire d'un chien, une culture pure de bacilles tuberculeux, diluée dans 0,4 d'eau stérilisée. Au bout de quelque temps, amaigrissement, perte de forces; mort le vingt-deuxième jour; on trouva au niveau du larynx : un ulcère profond, à bords irréguliers, sur la bande ventriculaire gauche; une granulation miliaire au voisinage de la commissure antérieure; quelques ulcères superficiels de la trachée avec granulations miliaires disséminées.

» L'examen microscopique décela une infiltration de cellules arrondies, avec quelques cellules épithélioïdes; pas de cellules géantes, mais en revanche, nombreux bacilles. L'épithélium des cordes inférieures était partout épaissi, altéré. Çà et là, sous l'épithélium, dépôts allongés de cellules lymphoïdes, ébauche d'infiltration. »

J'avoue que je serais assez disposé à voir dans ce fait le résultat d'une simple coïncidence, puisque dans la plupart des essais d'inoculation faits jusqu'à ce jour, l'on a très rarement signalé l'existence de la lésion de la muqueuse vocale, et que, d'un autre côté, je ne vois pas de raison pour que le bacille, emporté par le torrent circulatoire, revienne évoluer de préférence dans le larynx et y déterminer des lésions aussi manifestes. C'est néanmoins un fait intéressant qui vient encore à l'appui de la théorie vasculaire de l'infection tuberculeuse.

Je dois encore vous signaler la pathogénie de certaines affections observées au cours de la phtisie laryngée et qui ne sont cependant pas de nature tuberculeuse. Leur explication est très difficile et leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire sont excessivement obscurs. Gottstein se demande si on ne pourrait pas attribuer à des troubles de nutrition les anémies de la muqueuse et les paresthésies qu'on observe si souvent; mais il fait aussitôt remarquer que l'anémie se montre dès le début de la phtisie, c'est-à-dire à un moment où la nutrition générale n'a pas encore été notablement altérée. Quant aux catarrhes opiniâtres du larynx si fréquents chez les tuberculeux au début, ils témoigneraient d'une diminution dans la force de résistance de l'organe et d'une vulnérabilité plus grande.

Les parésies et les paralysies des muscles du larynx apparaissent soit dans le premier, soit dans le second stade de la phtisie. Schæffer admettait qu'il s'agissait d'une compression

du récurrent due aux lésions pulmonaires du même côté ; mais Gottstein croit que nombre de parésies et de paralysies doivent être attribuées à des troubles de l'innervation consécutifs à l'anémie, aux catarrhes concomitants ou bien encore à certaines altérations anatomiques.

Symptomatologie. — La division par périodes que nous avons admise peut également servir pour l'étude de la symptomatologie. Cependant, avant de passer à la description des lésions qui pourront caractériser chacune des phases de la phtisie laryngée, je crois devoir vous indiquer rapidement les symptômes fonctionnels qu'on voit habituellement survenir dans le cours de cette affection. Il est inutile de vous dire que ces symptômes varieront avec l'étendue des lésions, leur nature et leur durée.

1° *Symptômes fonctionnels.* — *Voix.* — Au début, les malades se plaindront d'un certain degré d'enrouement qui ira très rarement jusqu'à l'aphonie; ils accuseront en même temps des sensations particulières dans le cou et dans le larynx. M. Morell-Mackenzie, d'après un relevé statistique portant sur 500 cas, a trouvé qu'il existait des troubles vocaux 92 fois sur 100. Le même auteur a constaté en outre que chez 100 malades atteints de phtisie pulmonaire et qui paraissaient indemnes de phtisie laryngée, il existait 37 fois un enrouement constant ou passager.

Peu marqués au début de l'affection, les troubles vocaux pourront passer successivement par tous les degrés connus et décrits. C'est ainsi que le timbre sera tantôt éraillé, rauque, bitonal, tremblotant, couvert ou absolument éteint. C'est particulièrement à la dernière période de la maladie, que vous observerez ce chuchotement spécial, dû à l'insuffisance du courant d'air expiré ; à la béance de l'orifice glottique par suite des lésions graves dont le larynx est devenu le siège.

Rappelez-vous seulement que les troubles de la phonation ne sont pas toujours directement en rapport avec les altérations de la muqueuse. C'est ainsi que la voix sera presque éteinte ou très enrouée, s'il existe un trouble musculaire intense (paralysie des thyro-aryténoïdiens), tandis qu'elle sera presque normale avec une épiglotte et des replis aryépiglottiques assez gravement atteints. A cet égard, M. Poyet cite, dans son manuel des maladies du larynx, l'observation d'un malade soigné par le Dr Fauvel qui, malgré un œdème de l'épiglotte, des replis et des aryténoïdes, continuait son service à l'Opéra et chantait tout son rôle. Il succomba plus tard aux progrès de son affection pulmonaire et laryngée. Je vous ai déjà, à propos de la laryngite œdémateuse, signalé un fait à peu près analogue (p. 76) ; ils vous démontrent une fois de plus l'importance de l'examen laryngoscopique.

Ces troubles vocaux, comme le fait remarquer Gottstein, peuvent être occasionnés par le catarrhe des cordes vocales, ou bien encore par leur épaississement et les ulcérations dont elles sont souvent le siège, au cours du processus tuberculeux. Parfois l'obstacle est purement mécanique, et l'affrontement des cordes vocales empêché par une infiltration très prononcée de l'espace inter-aryténoïdien. Une bande ventriculaire considérablement tuméfiée, empêchera dans certains cas la vibration de la corde vocale correspondante ; de même l'articulation crico-aryténoïdienne pourra être immobilisée par le gonflement ou une ulcération. S'il arrive que les bandes ventriculaires suppléent à l'insuffisance fonctionnelle des cordes vocales, la voix offre alors un son particulier de crécelle indiquant très bien cette substitution.

La paralysie des récurrents, avec troubles vocaux consécutifs, survient quelquefois par compression de ce nerf au niveau de l'un des sommets indurés.

Douleur. — *Déglutition.* — La douleur spontanée est rare,

elle consiste plutôt en une espèce de chatouillement désagréable qui provoque la toux. J'ai vu, dans quelques cas, ce prurit laryngien atteindre une intensité exceptionnelle et devenir un objet de préoccupation constante pour les malades; vous observerez surtout ce phénomène de démangeaison laryngienne, accompagnée parfois de spasmes assez fréquents, lorsque l'un des récurrents ou des pneumogastriques sera intéressé par le processus morbide.

La douleur devient surtout intense au moment de la déglutition, lorsqu'il existe des ulcérations et que ces dernières gagnent les bords latéraux de l'épiglotte ou la région aryténoïdienne. Il est constant, en effet, que les ulcérations intralaryngiennes sont à peu près indolores. Ce fait, relevé par Trousseau et Belloc dans leur mémoire et par Andral dans ses cliniques, est toujours resté vrai.

La dysphagie a été constatée par Morell-Mackenzie dans 30 % des cas; Krishaber et Peter disent qu'elle existe au moins chez le quart des phtisiques. Ces deux opinions se rapprochent beaucoup de la vérité. Le mouvement de déglutition est de toutes les fonctions du larynx celle qui occasionne aux malades les plus vives douleurs. Ces dernières varient beaucoup d'intensité suivant le degré, l'étendue et surtout le siège des lésions. Dans quelques cas, c'est plutôt une simple gêne, avec une sensation pénible disparaissant au cours du repas; d'autres fois au contraire c'est une douleur, une brûlure tellement vive que les malheureux la comparent à un tison ardent placé dans leur gorge. La déglutition des solides, et particulièrement celle des liquides et de la salive, réveille leur souffrance à un très haut degré, et seuls MM. Gouguenheim et Tissier affirment que la déglutition des liquides est moins pénible que celle des aliments solides.

Les sensations douloureuses ne sont pas limitées au larynx seulement, elles se propagent aux oreilles, et il arrive même

que les malades se plaignent plus de cet organe que de celui qui est réellement atteint.

Habituellement, l'otalgie est plus intense d'un côté que de l'autre, étant en rapport direct avec les altérations de la muqueuse vocale.

Les douleurs locales au moment de la déglutition trouvent une explication toute naturelle dans les déplacements qu'imprime à cet organe l'accomplissement de l'acte qui consiste à avaler, et dans le passage des aliments sur des surfaces enflammées et souvent ulcérées; mais comment expliquer la propagation des phénomènes douloureux vers l'oreille située du côté où l'on constate l'œdème et les ulcérations laryngées? M. Deel, dans sa thèse inaugurale, les rapportait à l'angine glanduleuse concomitante arrivée à son plus haut degré et provoquant une inflammation des trompes d'Eustache autour desquelles existe un grand nombre de glandules, explication tout à fait théorique, puisque les trompes sont généralement saines, les granulations pharyngées peu saillantes et, au contraire, souvent pâles, affaissées et exsangues!

Le Dr Beverley Robinson, dans un article publié en 1876, explique la connexion qui existe entre l'oreille et le larynx par la présence de la branche sensitive auriculaire fournie par le ganglion supérieur du nerf vague. « Cette branche, dit l'auteur, décrite pour la première fois par Arnold, envoie deux petits filets au conduit auditif et un troisième filet, mentionné par M. Sappey, qui se distribue à la membrane du tympan. La sensation douloureuse, dont l'origine viendrait du larynx, serait alors réfléchie et propagée jusqu'à l'ouïe, par les filets sensitifs que renferme le pneumogastrique. » Cette dernière interprétation nous paraît expliquer d'une manière complète la transmission douloureuse dont nous venons de parler, et c'est à elle que je me suis déjà rallié dans mon travail inaugural (1879).

Vous comprendrez enfin que la déglutition des liquides et surtout de la salive (déglutition à vide), devra être plus douloureuse que celle d'un bol alimentaire, puisqu'au moment de l'ascension du larynx les parties ulcérées (épiglotte, région postérieure) viendront frotter contre la paroi pharyngienne, et réveiller à un très haut degré les sensations douloureuses.

La phonation peut, dans certains cas, ne pas causer de véritables douleurs aux malades, qui ont du reste une voix chuchotée plutôt que parlée; mais dans bien des cas l'action de parler devient aussi très pénible.

La toux elle-même, dans les cas où la phonation est douloureuse, cause aux patients de véritables tourments; elle détermine de telles douleurs que les malades évitent le plus possible de tousser.

La pression n'est généralement pas sensible dans la phtisie laryngée, car on peut impunément appuyer le larynx contre la colonne vertébrale sans produire de douleur véritable, le malade éprouvant à peine un peu de gêne. Aussi sommes-nous fort étonné de voir M. Bordenave, dans sa thèse inaugurale, avancer le fait que la pression sur le larynx et sur l'os hyoïde détermine une douleur très vive et très aiguë ; dans tous les cas de phymie laryngée qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons pas constaté l'existence de cette sensibilité à la pression, nous avons seulement constaté parfois une simple gêne.

Toux. — D'après MM. Krishaber et Peter, la toux ne constitue pas un symptôme constant; elle est fréquente lorsque l'affection laryngée complique la tuberculose pulmonaire; mais dans la laryngite primitive, elle peut faire complètement défaut.

C'est évidemment là une opinion trop absolue, puisque la

toux peut accompagner l'évolution de la tuberculose de l'organe vocal. Brève et sèche au début, elle prend quelquefois le caractère coqueluchoïde, lorsqu'il existe des lésions récurrentielles (Barety, Guéneau de Mussy, Potain, etc.), occasionnant ce sentiment de prurit auquel j'ai fait allusion tout à l'heure. L'accumulation de mucosités sur la région postérieure ou même sur le bord des cordes vocales, suffira pour occasionner un effort dë toux. Cette dernière suit à peu près tous les caractères de la voix : c'est ainsi qu'elle est successivement sonore, rauque, voilée, saccadée, éteinte, etc.

Plus tard, elle devient éructante, produisant, comme l'ont dit Trousseau et Belloc, le son d'un rot étouffé. Ce bruit spécial de la période terminale de la tuberculose laryngée doit être attribué au défaut d'occlusion de la glotte.

La respiration est courte à cause de la désorganisation pulmonaire et par rétrécissement de l'orifice du larynx. La dyspnée peut devenir assez grave pour nécessiter la trachéotomie : c'est qu'alors il existe au niveau du larynx un obstacle mécanique ne permettant pas à l'air un accès suffisant; tels sont par exemple des périchondrites, des végétations, des poussées œdémateuses, des arthrites crico-aryténoïdiennes ou des troubles musculaires portant sur les dilatateurs (crico-aryténoïdiens postérieurs). Ces troubles respiratoires, vous le comprenez aisément, deviendront un obstacle à l'auscultation de la poitrine, et le bruit laryngien pourra même être assez intense pour masquer le murmure vésiculaire ou l'affaiblir au point de le rendre presque imperceptible.

L'expectoration, variable dans sa quantité et dans sa qualité, dépend beaucoup de l'état des poumons. Au début de la phtisie larygée, une salivation abondante se manifeste déjà; mais dans les périodes ultimes, elle peut s'écouler en grande quantité de la bouche du malade, soit qu'il redoute de l'avaler, soit qu'il n'y puisse suffire. Quant aux véritables crachats

tuberculeux, ils sont rejetés beaucoup moins facilement, dans le stade avancé de la phtisie du larynx, parce que d'une part l'énergie des muscles expiratoires s'est amoindrie, et d'autre part les parties gonflées constituent un obstacle à l'expulsion des matières arrêtées sur les parties atteintes. L'expectoration, muqueuse au début, deviendra peu à peu muco-purulente, purulente, striée de sang, et pourra même contenir des débris de cartilages nécrosés. Vous comprendrez, du reste, que les poumons fournissent leur contingent de secrétions se mêlant au passage avec celles de l'organe vocal.

L'expectoration laryngienne proprement dite peut être tout à fait sanglante (Joal, Albers) ; mais c'est là, je me hâte de le dire, un fait absolument exceptionnel. Souvent c'est dans l'arbre respiratoire lui-même qu'il faut chercher la source de l'hémorragie, plutôt que sur la muqueuse vocale.

L'état de la nutrition générale ne marche pas toujours de pair avec celui du larynx; les malades peuvent en effet avoir un aspect relativement bon avec des désordres laryngés très graves; il suffit pour cela que les altérations pulmonaires ne soient pas trop prononcées. On comprendra qu'il en soit autrement, si les ulcérations laryngées déterminent une dysphagie ne permettant qu'avec la plus grande difficulté l'introduction des aliments.

Vous comprendrez, Messieurs, que ces différents troubles fonctionnels seront d'autant moins marqués que l'affection vocale sera moins avancée. C'est ainsi que dans la période catarrhale les troubles divers que je viens de vous énumérer n'existent pour ainsi dire pas; seule la phonation pourra être plus ou moins compromise si la lésion porte du côté de l'appareil musculaire de l'organe vocal. Comme je viens de vous le dire, il vous arrivera de voir des malades aphones, avec des lésions matérielles de la muqueuse insignifiantes en apparence, mais des désordres musculaires, au contraire,

assez graves. Les troubles de la respiration et de la déglutition imputables à la lésion laryngée ne surviennent que pendant la deuxième et surtout la troisième période de la maladie.

Si vous voulez maintenant avoir une idée approximative de l'appareil symptomatique offert par la moyenne des sujets atteints de cette terrible affection, il vous suffira de jeter les yeux sur la tableau d'ensemble dressé par M. Morell-Mackenzie pendant la vie de 500 malades atteints de phtisie laryngée.

Cet auteur a constaté les symptômes qui suivent :

Aphonie	423 fois.
Dysphonie	337 »
Dysphagie	454 »
Mal de gorge	62 »
Respiration striduleuse	8 »
Dyspnée profonde nécessitant la trachéotomie	3 »
Toux	427 »
Respiration courte après le moindre effort	445 »

2. — *Symptômes objectifs.* — Nous allons étudier aujourd'hui l'aspect des parties malades vues dans le miroir laryngien aux différentes étapes de l'affection.

A. — *Dans la première période* de la phtisie laryngée, l'examen laryngoscopique révèle l'existence d'altérations analogues à celles qu'on observe ordinairement dans la laryngite catarrhale aiguë ou dans la laryngite catarrhale chronique. Il n'est guère possible d'être fixé à cette époque d'une façon définitive sur le diagnostic et seules la marche de la maladie et sa persistance pourront vous éclairer sur sa nature

D'autres fois, il existe des lésions assez localisées sur la muqueuse pour faire soupçonner l'évolution de la tuberculose laryngée. C'est ainsi que vous pourrez constater de la rougeur à la partie postérieure de l'organe de la voix, sur les aryténoïdes ou sur les cordes vocales; si elle est vive, carmi-

née, persistant pendant plusieurs semaines, les présomptions en faveur de la tuberculose sont légitimées, surtout quand le malade présentera un facies particulier et quelques-uns des symptômes généraux de la terrible diathèse.

Bien souvent, vous remarquerez des îlots de rougeur, presque ecchymotiques, disséminés dans le larynx, avec une teinte hémorragique, comme en ont signalé Isambert, Fauvel et Jaccoud. Dans d'autres cas, au contraire, vous serez frappés par la pâleur de la muqueuse, surtout manifeste du côté du voile du palais et du larynx. Isambert, et avec lui les auteurs anglais, Lennox-Browne en particulier, et les Américains, ont accordé une certaine importance à la décoloration de la muqueuse. On observe encore une sorte d'état verruqueux de la membrane inter-aryténoïdienne lui donnant l'aspect de velours d'Utrecht, appelé pour ce motif « aspect velvétique », et empêchant, comme je vous le disais plus haut, l'affrontement complet des cordes vocales. C'est de ce symptôme que M. Brébion, dans son travail inaugural, et avec lui plusieurs auteurs, ont voulu faire un signe pathognomonique de la phymie laryngée; il ne faudrait pas cependant y ajouter une valeur trop considérable quand il existe seul; mais si vous constatez en même temps une légère infiltration des replis ary-épiglottiques et des éminences aryténoïdes, vous avez alors un excellent signe diagnostique de tuberculose laryngée. De même si cette lésion est accompagnée d'une érosion en coup d'ongle ou de lime (Isambert) de l'une des cordes vocales, ce sera alors un signe probable de tuberculose. Je crois avoir suffisamment insisté sur l'existence de ce symptôme à propos de la laryngite catarrhale chronique simple, pour n'avoir pas besoin d'y revenir autrement aujourd'hui.

Lorsque les choses sont en cet état vous assistez au passage à la deuxième période.

B. — *A ce deuxième stade*, les différentes parties de l'organe

vocal, sous l'influence des progrès de l'infiltration, se tuméfient de plus en plus.

Les examens laryngoscopiques pratiqués sur les malades ont permis de reconnaître que les parties infiltrées le plus souvent et surtout atteintes, étaient par ordre de fréquence : la région inter-aryténoïdienne, les cartilages aryténoïdes, les cordes vocales, les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques, et en dernier lieu l'épiglotte.

La tuméfaction de la région aryténoïdienne peut apparaître très précocement, et à elle seule mettre sur la voie du diagnostic les personnes exercées. Cette opinion est partagée par la généralité des auteurs, et même Schech prétend que l'infiltration inter-aryténoïdienne peut précéder de plusieurs années l'explosion des symptômes pulmonaires. Elle est caractérisée par cet aspect particulier auquel je viens de faire allusion (aspect velvétique).

Elle peut être ou symétrique ou unilatérale, et dans les deux cas, déterminer des troubles de la voix, grâce à certains prolongements qui viennent s'insinuer entre les cordes vocales et en empêcher l'affrontement.

Plus tard, surviennent des érosions, puis des ulcérations qui se présentent sous forme de sillons, ou sont au contraire cratériformes; elles ne sont pas toujours commodes à reconnaître, surtout quand elles s'accompagnent de bourgeons charnus qui peuvent les masquer complètement. C'est également à cette période que l'on rencontre à ce niveau, de véritables hypertrophies polypoïdes, des tumeurs verruqueuses inégales, à base d'implantation large et presque acuminées à leur sommet, occupant tout l'espace inter-aryténoïdien et faisant une saillie notable dans l'espace glottique qu'elles masquent en partie. D'autres fois vous apercevez de grosses granulations anfractueuses sur lesquelles les concrétions se déposent et se dessèchent en partie.

En même temps que la lésion précédente, on observe un

œdème plus ou moins diffus ou circonscrit des bandes ventriculaires. Il faut dire, cependant, que ces replis sont en général atteints dans toute leur étendue et transformés chacun en une espèce de bourrelet sans limites distinctes. Le gonflement peut encore gagner les ventricules de Morgagni, dont l'ouverture disparaît par suite de la tuméfaction de la muqueuse. Il arrive même que la tuméfaction de cette partie est telle qu'il survient une véritable éversion du ventricule, éversion occupant toute ou une partie de la longueur de cette muqueuse. Vous reconnaîtrez aisément cette lésion, à ce que la corde vocale correspondante disparaît plus ou moins sous la membrane tuméfiée et, à l'absence de la ligne sombre qui caractérise la fente ventriculaire. Ces éversions ne sont pas aussi rares qu'on a pu le supposer jusqu'à ce jour, et vous comprenez facilement le mécanisme de leur production.

Lorsque l'infiltration est trop considérable, la bande ventriculaire peut cacher complètement le bord libre de la corde vocale qui est située immédiatement au-dessous d'elle; c'est dans les cas de ce dernier genre que les malades font entendre la voix de crécelle. Les fausses cordes deviennent parfois le siège d'ulcérations situées le plus souvent à leur partie postérieure, au niveau de la face interne de l'un des aryténoïdes, ou bien occupant leur partie antérieure. Ces ulcères, qui ont pour caractère d'être aplatis, taillés en cratère dans l'épaisseur de la muqueuse, ne sont pas toujours très commodes à apercevoir. M. Morell-Mackenzie dit qu'il est cependant possible de les constater, en plaçant obliquement le miroir et en détournant un peu la tête du malade. D'autres fois, au contraire, il existe une infiltration miliaire, grisâtre ou gris jaunâtre, offrant un aspect analogue à celui du papier sablé et, partant, très facile à reconnaître.

L'altération tuberculeuse des cartilages aryténoïdes est uni ou bilatérale. On remarque alors une ou deux tumeurs d'un volume variable, à base élargie, dirigées en haut et en

dehors ; elles sont assez régulières, et recouvertes en général d'une muqueuse décolorée, ressemblant beaucoup à de la pelure d'oignon. Les petits cartilages de Wrisberg et de Santorini participent au processus et, par leur développement insité, contribuent pour leur part à effacer la dépression ou incisure qui existe normalement au niveau de la région inter-aryténoïdienne. Cette dernière semble pendant la phonation comme distendue et légèrement plissée.

Habituellement, les replis ary-épiglottiques participent aussi à l'inflammation, et il est fréquent de voir l'un ou les deux replis, plus ou moins tuméfiés, déformer l'aspect du larynx et le faire paraître dévié dans le miroir, surtout lorsque l'un des bords de l'épiglotte est envahi par le processus tuberculeux.

Cette tuméfaction, très importante dans certains cas, peut rester longtemps stationnaire et constituer un des principaux symptômes objectifs. Elle est également soumise à des alternatives diverses d'augmentation et de diminution, pendant lesquelles peut varier la teinte de la muqueuse qui recouvre l'infiltration, et qui de décolorée qu'elle était d'abord, devient rose ou rouge lie de vin. Les ligaments ary-épiglottiques œdémateux sont déformés : ils ont un aspect pyriforme, à petite extrémité antérieure et à grosse extrémité postérieure ; leurs bords entièrement effacés ne leur donnent plus aucune limite précise, et dans les cas intenses, ils se continuent sans ligne de démarcation apparente avec les bords de l'épiglotte.

L'infiltration tuberculeuse des cordes vocales se montre ordinairement, au début, d'un seul côté.

Les cordes ne sont plus nacrées comme à l'état normal, elles sont plus ou moins rouges ou paraissent même tuméfiées. Gottstein fait remarquer qu'il existe, dans certains cas, comme une rainure du bord libre, et qu'alors elles paraissent être dédoublées dans leur longueur.

Les ulcères des rubans vocaux siègent surtout aux apophyses vocales, mais ils peuvent aussi se présenter sur les bords, qu'ils déforment complètement, ou bien encore intéresser la face supérieure de la corde et former des fissures parallèlement aux fibres élastiques. Ces dernières ulcérations sont en général bien moins profondes que celles des bords qui peuvent déterminer de très graves lésions.

Très souvent l'inflammation n'apparaît que sur l'un des rubans vocaux; et l'on voit alors ce dernier se tuméfier, devenir rouge, granuleux, inégal, prenant sur ses bords arrondis, l'aspect chassieux, ou se creusant de petites dentelures superficielles; vous avez alors sous les yeux la chordite inférieure, *chorditis vocalis inferior*, souvent accompagnée d'une légère tuméfaction de la bande ventriculaire correspondante ou de la région ary-épiglottique du même côté.

Les nodosités tuberculeuses constatées au laryngoscope par certains auteurs, ont été niées par Heinze qui fait, à juste titre, remarquer qu'il est impossible de se prononcer, par ce seul examen, sur la nature des saillies granuleuses vues dans le miroir.

C'est surtout dans les formes aiguës, miliaires, de la laryngite tuberculeuse, que vous rencontrerez ce semis jaunâtre, demi-transparent, analogue à de petits grains de semoule, donnant à la muqueuse un aspect chagriné et occupant toute la surface du larynx, souvent même la base de la langue, le pharynx, le voile du palais, en un mot, toute l'arrière-gorge.

Le gonflement de l'épiglotte serait plus rare que son œdème par suite d'ulcérations. Cette infiltration peut être limitée ou généralisée. Les foyers circonscrits sont constitués par des éminences grosses, aplaties, situées soit sur les faces, soit sur les bords de l'épiglotte. Le gonflement généralisé produit, en général, l'immobilité et la déformation de l'opercule glottique. On le voit alors, en effet, revêtir l'aspect en phymosis

ou en paraphymosis d'Isambert, aspect que nous comparerions plus volontiers, avec Fauvel, à celui qui nous est offert par le museau de tanche de l'utérus. Quoi qu'il en soit, cet opercule peut acquérir quatre, cinq, six fois son volume ordinaire; parfois il est ulcéré. Ces ulcérations, très variables dans leur forme et dans leur nombre, peuvent siéger partout, mais on les rencontre plus particulièrement sur le bord libre et sur les parois latérales de l'épiglotte. L'opercule glottique peut être détruit en totalité ou en partie, et dans ce dernier cas, le moignon ressemble à un turban (Mackenzie), à un fer à cheval (Capart), ou à un lambeau informe, déchiqueté sur ses bords épaissis.

Les lésions épiglottiques n'existant jamais seules, mais étant accompagnées d'altérations variables (gonflement, ulcérations) de la région postérieure, des bandes ventriculaires et des cordes vocales, il en résulte des déformations multiples de l'orifice glottique, déformations qu'il me suffira de vous signaler, mais qui peuvent, vous le comprenez, varier à l'infini suivant le degré d'infiltration de chaque partie du larynx, la profondeur et le nombre des ulcérations qu'on y rencontre.

D'un autre côté l'inflammation est loin de reconnaître pour limites les cordes inférieures; fréquemment, en effet, il lui arrive d'étendre plus loin son action et il est également possible de constater des altérations de la muqueuse sous-glottique. Celle-ci, tuméfiée, fait saillie sous les rubans vocaux et forme deux bourrelets contribuant encore à obstruer l'orifice glottique. Cette région devient le siège d'un gonflement, qui détermine une sténose respiratoire due à l'étroitesse des voies aériennes, et les choses peuvent en arriver à ce point, qu'il soit nécessaire de pratiquer la trachéotomie. On peut aussi trouver, jusque sur les anneaux de la trachée, des ulcérations que Louis a le premier décrites.

Toutes ces parties offriront un aspect variable; la muqueuse peut être rouge ou pâle, ou bien recouverte de mucosités. Une fois ces dernières enlevées, vous apercevez les lésions. Dans d'autres cas, les altérations de la muqueuse ne sont pas aussi disséminées, et vous pourrez observer une véritable hémiphymie, l'un des côtés du larynx étant sain, et l'autre atteint dans des proportions variables.

Quoique rare, le fait a cependant été constaté; aussi ne devrez-vous pas être surpris outre mesure de le rencontrer; j'en ai du reste rapporté un bel exemple dans mon travail inaugural, et je l'ai reproduit dans ma traduction du livre de Morell-Mackenzie (p. 515).

Les lésions peuvent encore être articulaires et immobiliser une articulation nécessaire, à la fois, à la phonation et à la respiration. Ces arthrites, bien étudiées par Cartaz, sont assez fréquentes, et se traduisent par un gonflement périarticulaire avec immobilité inspiratoire de la corde vocale. Le ruban vocal peut encore être paralysé à la suite de la compression du récurrent, comme nous l'avons déjà dit, ou bien par une glande hypertrophiée; il s'agit le plus souvent d'une paralysie purement mécanique due à l'infiltration diffuse des tissus.

C'est aussi à cette époque que se montrent en général, dans tout leur épanouissement, ces végétations tuberculeuses qui, prenant un aspect polypoïde, peuvent arriver par leur nombre, leur volume et leur confluence, à déterminer une occlusion complète de la glotte, comme j'ai eu tout à l'heure l'occasion de vous le dire. Lorsque ces végétations occupent la région postérieure, fait assez fréquent, elles atteignent un volume assez considérable, et reposant par une base large sur toute la longueur de la paroi postérieure de l'organe vocal, elles se terminent en tronc de cône, faisant une saillie verruqueuse gris rosé, dans l'intérieur de l'espace glottique.

Connues depuis déjà longtemps, signalées par Mandl, Schnitzler, Foa, Percy Kidd, Hering, etc., et spécialement étudiées par Ariza (de Madrid), ces productions polypoïdes forment de véritables masses charnues interstitielles et inter-aryténoïdiennes, empêchant l'affrontement des rubans vocaux.

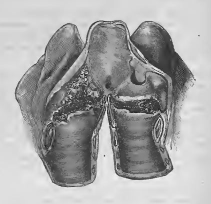


FIG. 11.

Montrant un larynx ouvert après la mort, dans les ventricules duquel on voit nettement ces masses bourgeonnantes prenant naissance sur un fond ulcéré ayant envahi d'un côté la bande ventriculaire. Les cordes vocales inférieures sont à peu près complètement détruites, les replis ary-épiglottiques œdématiés, les cartilages ossifiés et en partie nécrosés.

Si les bourgeons naissent des bandes ventriculaires, du fond des ventricules ou des cordes vocales ulcérées, ce sont alors de véritables tumeurs polypeuses, souvent pédiculées, faisant une saillie plus ou moins considérable, et

ressemblant assez bien à des polypes du larynx, dont ils diffèrent par la coexistence de lésions sur la région postérieure du larynx, et par les déformations de l'organe qui infailliblement les accompagnent. Vous comprendrez, Messieurs, que je ne vous décrive pas en détail les différents modes de bourgeonnement de la muqueuse laryngée dans le cours de la tuberculose; ces productions pourront varier à l'infini comme siège, comme volume et par conséquent comme aspect. C'est ainsi que, dans certains cas graves, ils peuvent arriver à combler en grande partie la lumière glottique et occasionner des troubles respiratoires suffisants pour nécessiter une intervention chirurgicale (ablation des masses polypeuses, trachéotomie).

On a également rapporté des cas de papillomes vrais coïncidant avec une tuberculose de l'organe de la voix. Cette concomitance de deux lésions n'est pas absolument impossible, mais je ne saurais vous la décrire qu'à titre d'exception ou de curiosité pathologique.

C. — *Troisième période.* — Si l'affection continue toujours à évoluer, on arrive alors au dernier stade de la maladie, celui-ci irréparable, terrible, correspondant à la carie et à la nécrose d'Isambert. On trouve alors, au lieu de lésions localisées, un véritable effondrement de la région vocale.

Les cartilages aryténoïdes peuvent être expulsés, l'épiglotte mise à nu, et, par suite du gonflement, le malade ne peut ni avaler, ni respirer. C'est la période des périchondrites, consécutives aux ulcérations gagnant toujours en profondeur.

Occupant d'abord les cartilages de Wrisberg, elles envahissent ensuite les aryténoïdes, l'épiglotte, le thyroïde et le cricoïde. Dans certaines formes lentes de tuberculose vous pourrez voir se produire de véritables ostéophytes, faisant saillie dans le larynx ou dans l'œsophage, comme M. Dignat en a publié un exemple dans la *Revue de laryngologie*. Ce sont

des sortes d'enchondromes dont je vous présente l'image pour vous faire comprendre combien les troubles de la déglutition devaient être considérables dans ce cas. A ce moment, le larynx s'affaisse, sa cavité est anfractueuse et les symptômes



Fig. 12.

Montrant un larynx vu par sa face postérieure. La région inter-aryténoïdienne est traversée en arrière par une sorte d'épine osseuse qui faisait saillie dans l'œsophage du malade. C'était un ostéophyte formé aux dépens du cricoïde ossifié et en partie nécrosé.

fonctionnels acquièrent leur maximum de développement. Il se fait une véritable fonte du larynx qui est recouvert de pus. Les replis ary-épiglottiques sont représentés par des bourrelets énormes souvent recouverts d'ulcérations grisâtres, d'aspect miliaire, se continuant sur les parties latérales avec des

ulcères de l'épiglotte et de la base de la langue. Tout l'organe est déformé, déchiqueté, rempli d'une secrétion grisâtre, souvent fétide, que le malade rejette avec difficulté.

Vous pourrez, à cette période, voir apparaître des abcès au niveau du thyroïde en avant ou sur les parties latérales, abcès consécutifs à la nécrose des cartilages. Ces derniers tendent même à disparaître. En un mot, les lésions sont à leur apogée. Il peut exister un état de sclérème bien décrit par Gayet, une sténose laryngée très grave, mettant en danger les jours du malade par suite de l'asphyxie à laquelle elle l'expose.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les troubles fonctionnels ont suivi la marche progressive des lésions que je viens de vous décrire à cette période ultime.

Le malade est alors non seulement aphone, mais il a de la peine à débarrasser son arbre aérien des mucosités purulentes qui y sont accumulées. La dysphagie devenue très intense, empêche le malheureux patient de s'alimenter, et c'est au prix des souffrances les plus vives qu'il arrive à satisfaire la soif qui le dévore.

Vous avez vu trop souvent le triste tableau que je viens de vous esquisser, pour qu'il soit utile d'insister davantage sur les troubles fonctionnels de cette période ; la respiration est pénible, difficile, anxieuse, tant à cause de la sténose laryngée que des progrès incessants faits par l'évolution des tubercules dans les poumons. La surface respiratoire est réduite au minimum compatible avec l'existence, et tout, dans l'état général du malade, fait prévoir le dénouement de l'affection arrivée à cette dernière étape.

Anatomie pathologique. — Nous devons distinguer, dans la phtisie laryngée, des altérations de deux sortes : celles qui ne sont pas spécifiques, et celles qui sont véritablement tubercu-

leuses. Les premières, représentées par l'anémie, les troubles de la motilité, etc., sont en général tenues dans l'oubli, car elles passent inaperçues à l'autopsie. L'anémie de la membrane muqueuse du larynx peut persister pendant tout le cours de la phtisie, sans changements bien appréciables, et sans déterminer de troubles bien graves. Le catarrhe qui s'étend à tout le larynx peut se compliquer de paresthésie ou même de paralysie; il peut en outre provoquer des érosions superficielles, mais jamais de destructions profondes.

Quant à la phtisie laryngée proprement dite, elle est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par des dépôts tuberculeux avec infiltration de la membrane muqueuse; Heinze pense que le larynx est, après l'intestin, le premier atteint par ordre de fréquence dans la tuberculose; mais Willigk plaçait encore, avant cet organe, les ganglions mésentériques. Cette différence pourrait tenir peut-être à ce que les recherches de Heinze ont été faites avec plus de soin.

L'étude de la symptomatologie nous a déjà appris que la première période était constituée par un stade d'infiltrations, localisé de préférence à certains points du larynx. L'infiltration est presque toujours accompagnée ou suivie d'œdème chronique; ainsi Morell-Mackenzie, sur 500 cas de phtisie laryngée examinés pendant la vie, dit avoir trouvé de l'œdème 165 fois. La fréquence de ce symptôme augmente avec les progrès de l'affection.

L'infiltration œdémateuse qui, d'après Heinze, se montrerait dans la moitié au moins des cas de phtisie laryngée, serait encore plus fréquente au dire de Morell-Mackenzie. Elle apparaît sur le cadavre comme un gonflement uni, tendu et résistant, recouvert d'une muqueuse pâle à surface dépolie et parsemée parfois de granulations ayant un aspect caséeux.

Si l'on pratique l'examen microscopique des points tuméfiés, on constate une infiltration cellulaire abondante au dessous de la couche épithéliale de la muqueuse. On trouve encore des nodosités tuberculeuses surtout abondantes au-dessous de l'épithélium alors que le tissu situé entre le dépôt et l'épithélium contient quelques cellules rondes et beaucoup de vaisseaux, mais pas de tubercules, ce qui tendrait à prouver que les ulcérations se font jour de dedans en dehors. Les tubercules ne contiennent presque pas de bacilles; certains auteurs ont même dit que les lésions premières de la tuberculose laryngée n'étaient pas d'origine bacillaire, et qu'elles ne faisaient que préparer un terrain de culture favorable. Ces tubercules apparaissent aux diverses périodes de leur évolution, car ils sont quelquefois en voie de dégénérescence graisseuse, et peuvent même avoir subi une fonte purulente complète.

La plupart des éléments constitutifs de l'organe vocal participent au processus. Ainsi, les glandes peuvent être atteintes primitivement par l'inflammation, ou bien secondairement par envahissement, ainsi que l'ont démontré MM. Cornil et Ranvier, Doléris, etc., etc.; le tissu conjonctif qui les enveloppe est détruit, et l'infiltration tuberculeuse, pénétrant entre les acini, les comprime et bientôt les fait disparaître.

Plus tard, le cartilage lui-même est atteint. Quant aux vaisseaux, leurs tuniques sont également détruites par l'infiltration tuberculeuse. Il est rare que les muscles soient pénétrés par les tubercules, mais ils sont infiltrés de cellules rondes, et la substance contractile peut être transformée en une fine masse moléculaire.

Le périchondre peut contenir de nombreuses cellules purulentes et le cartilage semble baigner dans le pus. Ce dernier, pénétré à son tour, se ramollit et subit finalement la transformation graisseuse, à moins qu'il ne devienne le siège d'un travail d'ossification et de nécrose.

L'épithélium est quelquefois conservé, mais plus souvent il s'infiltre et tombe, en laissant à nu des points de la muqueuse qui deviendront l'origine des ulcérations.

L'ulcère tuberculeux est caractérisé par la présence de tubercules sur les bords ou à la base de l'ulcération, mais on peut lui attribuer la même origine, lorsqu'on ne trouve que des cellules géantes formant une infiltration diffuse ou circonscrite dans la trame conjonctive.

Les ulcérations tuberculeuses varient dans leurs dimensions, suivant qu'elles succèdent à une infiltration ou bien à de simples tubercules miliaires isolés. Dans le premier cas, on observe des ulcères profonds cratériformes à bords décollés; dans le second cas, au contraire, la muqueuse criblée de petits trous présente, suivant l'expression pittoresque de Schech, un aspect ethmoïdal. Mais les ulcères du dernier genre sont moins profonds que les premiers, ils restent superficiels et constituent l'ulcère aphteux de corrosion ou d'infection, des auteurs. Ces ulcères apparaissent en général en des points où la muqueuse peu adhérente se laisse facilement distendre; c'est ainsi qu'on les observe au niveau des bandes ventriculaires et surtout sur leur face inférieure.

Les végétations papillaires, qu'on observe surtout au niveau de la région inter-arytéroïdienne, font manifestement partie intégrante du processus tuberculeux, comme l'a révélé plusieurs fois l'examen microscopique. Vous ne devez cependant pas vous étonner de ne point trouver dans ces masses polypoïdes tous les caractères des lésions tuberculeuses. L'inoculation de parcelles de ces néo-formations pourra même donner un résultat négatif, sans que pour cela les végétations aient eu d'autre cause déterminante que la tuberculose. Ces transformations dermo-papillaires de la région postérieure de l'organe vocal ont été parfaitement mises en lumière par MM. Forster, Doléris, Virchow, et récemment encore notre

collègue, le docteur Luc, vient d'en rapporter un exemple au Congrès de Paris. Je ne reviendrai pas sur les caries et les nécroses qui peuvent compliquer la phtisie laryngée à sa période ultime, car elles ne présentent rien de bien particulier.

Vous comprendrez que je me borne à ces quelques remarques sur l'anatomie pathologique de la tuberculose vocale dont l'étude histologique a été parfaitement détaillée dans l'ouvrage de MM. Tissier et Gouguenheim, auquel je ne puis que renvoyer ceux d'entre vous qui désireraient avoir des notions plus complètes sur cette partie spéciale de cet intéressant sujet.

Marche. — Durée. — La marche de la phtisie laryngée est essentiellement variable, et sa durée soumise à de nombreuses conditions. On peut tout d'abord affirmer que l'état des poumons influe considérablement sur celui du larynx, et que partant, la phtisie laryngée suivra une marche parallèle à celle de la phtisie pulmonaire. Mais si l'on a affaire à une phtisie primitive de l'organe vocal, les lésions pourront longtemps demeurer stationnaires et pour ainsi dire inoffensives. Il n'en sera plus de même quand existeront de graves désordres pulmonaires, car la marche pourra être alors précipitée et le malade brûlant les étapes arrivera rapidement au terme de son existence.

Les première et deuxième périodes seront susceptibles de durer plusieurs années, quelquefois même de rétrocéder pour reparaître ensuite, mais si pour une raison ou une autre, la maladie arrive à sa troisième période, il est certain que l'évolution sera toujours rapide et que dans l'espace de quelques mois à une année au maximum, elle amènera une terminaison fatale.

C'est, du reste, sur la marche plus ou moins rapide de l'affection que l'on a établi les formes de tuberculose aiguë, subaiguë et chronique.

Ce sont les deux dernières formes que j'avais principalement en vue dans l'étude que nous venons de faire, car la tuberculose aiguë, véritable phtisie galopante du larynx, offre et dans sa marche et dans sa manière d'être, quelques traits distinctifs que je vais vous faire connaître. Successivement et surtout étudiée par Isambert, Bucquoy, Féréol, Koch, Trélat, Barth, etc., la granulie du larynx se distingue de l'affection que nous venons d'étudier, en ce que l'arrière-gorge, le voile du palais, les amygdales, le pharynx et la base de la langue, participent à l'infiltration de la muqueuse vocale qui est parfois secondaire. Il existe, dans la région atteinte, un semis de granulations jaunâtres qui se ramollissent rapidement, laissant après elles de petites ulcérations cupuliformes qui bientôt se réunissent et forment de véritables cicatrices suppurantes. Cette tuberculose aiguë, vous pourrez la rencontrer limitée à l'organe vocal, lorsque par un traitement intempestif ou des irritations locales, l'affection laryngée subira une poussée inflammatoire aiguë. Je l'ai observée très souvent après l'administration d'un traitement par les eaux sulfureuses. Ici la marche de l'affection est rapide et le malade peut succomber emporté par sa lésion locale, avant que la tuberculose pulmonaire ait eu le temps d'arriver à ses dernières limites.

Tous les symptômes fonctionnels que je viens de vous décrire atteignent leur maximum d'intensité; la dysphagie est extrême, c'est elle qui domine la scène, et le malade se voit condamné à mourir d'inanition. La marche du mal est ici extrêmement rapide, et dans l'espace de quelques mois, l'affection a parcouru ses différentes périodes.

Terminaison. — Lorsque la mort est la conséquence de l'affection qui nous occupe, elle survient en général, sauf dans les cas dont je viens de parler, par l'aggravation simultanée des lésions pulmonaires et laryngées. Ces dernières

peuvent, il est vrai, s'étendre, gagner le pharynx, et amener la mort par la suffocation consécutive à la sténose glottique; c'est, je me hâte de le dire, une terminaison rare de la maladie.

Dans des cas plus heureux, lorsque les lésions pulmonaires sont limitées, évoluent lentement, et en général chez des tuberculeux ayant dépassé trente à trente-cinq ans, vous pouvez, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, voir les lésions de la muqueuse vocale guérir peu à peu, celles des poumons se cicatriser parallèlement et la guérison, parfois temporaire, et dans d'autres cas à peu près définitive, s'opérer de cette façon; c'est là un mode de terminaison favorable, mais trop rare, de la tuberculose. Sachez seulement que pendant des années, votre malade doit être surveillé aussi attentivement que le comporte une situation antérieure aussi sérieuse.

Pronostic. — Vous pourrez, d'après ce qui précède, déduire exactement le pronostic. Dans la forme miliaire, il est toujours fatal; dans les formes subaiguës ou chronique, il est toujours grave et très souvent mortel. La tuberculose de l'organe vocal est-elle susceptible de guérir? Avec Gottstein, il est raisonnable d'admettre que rien ne garantit contre les poussées tuberculeuses du côté du larynx, tant que la phtisie pulmonaire ne sera pas guérie d'une façon radicale. Quant aux ulcères tuberculeux proprement dits, chacun peut affirmer qu'il arrive de les voir guérir complètement. Il est non moins certain qu'un traitement général et local bien dirigé influera favorablement sur le pronostic, alors qu'au contraire le défaut de soins pourra singulièrement le compliquer.

Cette opinion de la curabilité de la tuberculose laryngée a déjà été émise avant moi et soutenue par bon nombre d'auteurs compétents. C'est ainsi que Stœrck, Schrœtter, Tobold, Rossbach, Gérardt, Frænkel, Schnitzler, Schmidt, Prosser James, Bosworth, Porter, se rallient à cette idée. Plus

récemment, MM. Krause et Hering se sont faits les défenseurs ardents de cette opinion encourageante pour les malades, préconisant un nouveau mode de traitement dont nous aurons à parler dans un moment.

Il est juste d'ajouter que d'autres auteurs également sérieux ont nié cette curabilité de la tuberculose vocale, et MM. Mandl, Isambert, Krishaber, Massei, etc., etc., ont soutenu cette thèse, admettant cependant la cicatrisation possible de l'ulcère tuberculeux, mais sa reproduction fatale dans un autre point de l'organe ou de l'organisme.

Il est évident qu'aujourd'hui l'efficacité du traitement local de cette affection tend à être reconnue par la généralité des praticiens, qui voient le pronostic un peu moins sombre qu'il avait paru à quelques pessimistes. Il ne faudrait évidemment pas généraliser cette proposition, et croire que tous les cas de tuberculose laryngée soient susceptibles de rétrograder sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Ce serait certainement aller au delà de ma pensée, car si d'une part je crois à la guérison possible de cette terrible affection, je considère qu'il existe malheureusement des formes de laryngite bacillaire, et c'est le plus grand nombre, qui sont au-dessus des ressources de l'art. Chez eux, la diathèse est toujours vivante, toujours prête à se manifester, car le terrain est favorable à l'évolution du bacille, et c'est en vain que vous essaierez de lutter contre lui.

La guérison de la phtisie laryngée étant admise, il nous reste à savoir de quelle manière s'opère cette guérison, et quels sont les moyens thérapeutiques les plus aptes à favoriser ce mode de terminaison de la maladie.

Elle s'opère par le même processus curateur qui préside à la guérison de la tuberculose pulmonaire, et dont les histologistes nous ont révélé le secret : « Les travaux des histologistes, écrit M. Jaccoud, en particulier ceux de mon excellent ami et éminent collègue Grancher, ont établi l'importance et la fréquence d'un processus curateur, qui peut enrayer le

développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution, et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme, non plus que sur le tissu voisin. Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme ; cette transformation n'est point exceptionnelle, elle n'est pas même absolument rare ; permettez que je vous rappelle, à ce sujet, l'importante déclaration de Grancher : « Ce qui (en dehors des caractères anatomiques) différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance *naturelle* du tubercule à devenir fibreux. » Il s'agit donc ici d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non point d'un travail fortuit et irrégulier. En fait, tout tubercule, quelle qu'en soit la forme, est soumis, dès sa naissance, à deux processus opposés : l'évolution caséeuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou l'autre de ces transformations, dépend la destinée ultérieure de la néoplasie ; elle s'étend et entraîne le tissu de l'organe dans sa destruction propre, si la caséification et le ramollissement l'emportent ; elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive sur le tissu qui la renferme, si l'évolution fibreuse est totale : c'est la guérison.

Il est évident, en effet, que lorsque les ulcérations sont nombreuses, très étendues et profondes, on aura peu d'espoir de les voir disparaître, surtout si les lésions pulmonaires sont un peu avancées.

Lorsque la nutrition générale est contrariée, lorsque le mal procède par poussées aiguës successives, la terminaison fatale devient presque la règle. Sachez aussi qu'un malade que vous aurez considéré comme guéri pendant plusieurs années, pourra, sous l'influence de causes variables, être de nouveau atteint par l'impitoyable bacille, et cette fois succomber malgré le traitement le mieux dirigé et le plus scrupuleusement suivi.

Bien qu'il soit encore impossible, dans l'état actuel de la science, de savoir à l'avance quels sont les cas susceptibles de guérir, j'estime que les malades chez lesquels vous obtiendrez surtout une amélioration appréciable, ce sont ceux chez lesquels la tuberculose évolue lentement (formes chroniques), produisant des lésions locales, presque isolées, ne subissant jamais de ces poussées inflammatoires qui désorganisent, en quelques jours, la muqueuse vocale et le parenchyme pulmonaire.

Dans tous les cas, n'oubliez jamais que la phtisie laryngée est en elle-même une affection très grave, dans le cours de laquelle les récidives sont fréquentes et dont le pronostic peut être aggravé par certaines circonstances défavorables, comme la dysphagie, une infiltration généralisée, des productions polypoïdes, les nécroses, les caries, etc., etc.

Diagnostic. — L'ensemble des symptômes que je viens de vous énumérer constituera pour vous un guide précieux dans la voie du diagnostic; assez souvent même, vous pourrez affirmer l'existence de la tuberculose laryngée. Cependant, ce complexus symptomatologique est loin de s'observer toujours au complet, et nombreux sont les cas où est permise une légitime hésitation. A côté des malades, en effet, chez lesquels des lésions pulmonaires avancées ne laissent aucun doute sur la nature des altérations de l'organe vocal, il en est d'autres dont l'examen physique du thorax donnera des résultats douteux ou même tout à fait négatifs. C'est ce qui arrive au début de la tuberculose. En pareil cas, vous pourrez retirer le plus grand bénéfice d'un examen laryngoscopique bien fait.

Je crois avoir suffisamment insisté sur l'anémie de la muqueuse vocale, sur sa persistance, sur les troubles de la motilité dont elle s'accompagne assez communément, pour

n'avoir pas à y revenir ici. Nous avons également appris à connaître l'importance de ces catarrhes du larynx, qui sont à la fois opiniâtres, diffus et à récidives fréquentes ; nous savons qu'ils ont une marche lente et ne cèdent presque jamais au traitement. Il est évident que tous ces signes se manifestant chez une personne débilitée, constitueront une présomption en faveur de la tuberculose.

Les infiltrations et les épaississements persistants qui se montrent dans certains points du larynx, presque régulièrement toujours les mêmes, éveilleront sérieusement votre attention, qui devra tenir compte des moindres accidents dans la marche de l'affection.

Mais la difficulté ne consistera pas simplement pour vous à établir le diagnostic de la tuberculose du larynx; il y aura plus, car nombre d'affections pouvant être confondues avec cette maladie, vous devrez procéder à la différenciation. Il est d'autant plus important de faire de bonne heure le diagnostic différenciel que, souvent, en agissant de la sorte on peut, sinon arrêter le mal à son début, tout au moins en retarder l'évolution.

Une des premières affections avec lesquelles pourrait être confondue la tuberculose laryngée, c'est la simple inflammation de la muqueuse vocale.

Souvent, chez un tuberculeux, vous vous trouverez en présence d'une simple laryngite catarrhale. Or, cette dernière est purement transitoire et disparaît rapidement sous l'influence du traitement. De plus, à l'examen laryngoscopique, vous constaterez toutes les lésions du catarrhe simple : rougeur, aspect lisse et uni; mais pas de gonflement, ni d'ulcérations étendues au niveau de la région inter-aryténoïdienne.

Qu'il s'agisse d'une laryngite catarrhale simple ou d'une laryngite catarrhale chronique, vous pourrez, dans les deux cas, rencontrer cet aspect velvétique, dont Türck et après lui

Brébion ont voulu faire un signe pathognomonique de la laryngite tuberculeuse. Vous savez que nous nous gardons bien d'être aussi affirmatif; mais nous n'hésiterons pas à reconnaître que, dans la phitisie du larynx, les phénomènes sont plus prononcés et qu'il s'agit alors, à proprement parler, non plus d'un état velvétique, mais bien d'un véritable état papillaire.

Rappelez-vous encore que les inflammations de la muqueuse vocale évoluent toujours plus lentement chez les tuberculeux, et qu'elles peuvent devenir le point de départ d'une manifestation diathésique. Songez aussi à cette localisation et à la rougeur persistante au niveau de la région postérieure, à cette infiltration légère du début de la tuberculose laryngée, qu'un examen superficiel ou rapide pourrait vous empêcher de constater. Ce sont là, en effet, d'excellents signes de diagnostic dans la période délicate du début.

Les formes végétantes de la période ulcéreuse pourraient encore être confondues avec les polypes du larynx; mais ceux-ci, en règle générale, apparaissent chez des individus parfaitement sains d'autre part. La muqueuse sur laquelle ils se détachent et font saillie est normale, sans la moindre trace d'ulcération. Dans la laryngite tuberculeuse, vous pourrez bien remarquer des productions fongueuses, mais elles seront accompagnées de pertes de substances caractéristiques ne permettant pas le moindre doute. Je me hâte d'ajouter que dans les cas de polypes du larynx, les troubles vocaux sont à peu près les seuls symptômes dont se plaigne le malade.

La confusion avec les tumeurs malignes semblerait plus facile, car dans ces cas, les fongosités coïncident, dans certains cas, avec des altérations de la muqueuse qui peuvent en imposer pour des ulcérations tuberculeuses. Mais alors vous serez guidés dans votre diagnostic par la localisation exacte de la tumeur, son aspect caractéristique, le facies particulier de

votre malade, et les autres signes qui caractérisent les néoplasmes malins de cette région. (Voir Tumeurs malignes.)

Les paralysies vocales peuvent s'observer au début de la laryngite tuberculeuse, et on pourrait les confondre avec des troubles de la motilité d'un autre genre, ceux dûs par exemple à la compression des récurrents. Mais comme signes distinctifs, vous aurez dans le premier cas, une muqueuse décolorée pâle ou rouge, qui sera saine, au contraire, dans les autres cas. De plus, les paralysies par compression sont généralement unilatérales, et il sera habituellement facile, en la recherchant bien, de reconnaître leur cause. Nous avons vu, du reste, que la tuberculose était susceptible d'occasionner des troubles de cette nature; ce sera donc par l'examen attentif des organes thoraciques que vous arriverez à poser le diagnostic exact de la lésion récurrentielle.

On peut, à la fin de la phtisie, constater ce que Krishaber et Peter ont qualifié du nom de paralysies ultimes. Il ne s'agit pas alors, à notre sens, de paralysies véritables, mais bien d'un état particulier, résultant de ce que le soufflet pulmonaire n'a plus assez de force, et de ce que les cordes vocales ne se rapprochent plus suffisamment. Et cette opinion nous paraît d'autant plus juste, que cette même perte de la motilité se rencontre chez les tuberculeux qui n'ont pas eu, à proprement parler, de lésions du larynx.

Les affections que je viens de vous signaler se distinguent en général assez facilement de la tuberculose laryngée, mais il est loin d'en être ainsi pour deux laryngopathies dont il me reste maintenant à vous parler, et qui souvent peuvent être des causes d'erreur, d'autant mieux qu'il leur arrive assez fréquemment de revêtir les symptômes propres de la phtisie du larynx. Ces deux maladies sont la scrofule (lupus) et la syphilis dans leurs manifestations du côté de l'organe vocal.

Aujourd'hui, la scrofule n'aura plus besoin d'être distinguée de la tuberculose, puisque nous pouvons considérer ces deux diathèses comme étant de même nature. La scrofulose étant, d'après les recherches récentes, une forme de tuberculose à bacilles rares, c'est là ce qui donnerait aux lésions un aspect si souvent différent, mais parfois identique.

Si l'on considère, en effet, les cas de tuberculose laryngée à évolution lente, chronique, il sera facile de voir qu'ils ressemblent beaucoup aux lésions décrites sous le nom de lupus ou de scrofulides laryngées, aussi n'est-il plus nécessaire de chercher les caractères distinctifs de ces deux modalités d'une seule et même diathèse. La scrofule disparaîtra peu à peu du cadre nosologique pour faire place à la tuberculose chronique. Si maintenant il nous faut faire un diagnostic différentiel entre ces deux manières de la même diathèse tuberculeuse, je vous ferai remarquer que le lupus débute en général par la peau et se propage plus tard au larynx; or les choses ne marchent pas de la même façon dans la tuberculose laryngée vulgaire.

Je dois cependant à la vérité avouer qu'il a été décrit assez récemment, par plusieurs auteurs, une variété de lupus primitif du larynx. Ce dernier caractérisé par l'existence d'ulcérations rongeantes, surtout localisées à l'épiglotte et débutant généralement par elle. Celle-ci, réduite à la moitié ou même au tiers de son volume ordinaire, présente de petits mamelons fort nombreux et absolument indolores, que nous apprendrons à connaître dans l'une de nos prochaines leçons.

Sur les replis ary-épiglottiques, on constate, dans la tuberculose, une tuméfaction lisse, mais rouge pâle; dans le lupus, ce sont de petits mamelons rosés, ternes, mais d'aspect mûriforme; ici non plus, pas la moindre douleur, simplement un peu de gêne. Les bandes ventriculaires sont altérées dans la scrofule et présentent l'aspect déjà signalé; dans la tubercu-

lose, les lésions plus prononcées se rencontrent surtout sur les autres parties du larynx.

Les engorgements ganglionnaires sont plus fréquents dans la forme lente (scrofule) que dans la tuberculose laryngée proprement dite; mais je n'irai pas jusqu'à dire avec Fauvel qu'on ne les y rencontre jamais.

La syphilis, Messieurs, peut envahir le larynx à deux époques différentes de son évolution. A la période secondaire; ou tertiaire. Dans la deuxième période, vous trouverez de l'érythème localisé sur le bord libre des cordes vocales. En même temps, vos malades auront la voix rauque. De plus, vous pourrez rencontrer des plaques muqueuses disséminées sur l'organe vocal avec existence de lésions analogues du côté de l'arrière-gorge. Cette constatation vous aidera considérablement à porter votre diagnostic. La plaque laryngienne offre enfin des caractères bien nets que nous étudierons plus tard.

S'agit-il de gommes syphilitiques? le diagnostic est dans certains cas plus difficile à établir. On pourra cependant y parvenir.

Les syphilitiques, en effet, même à la période tertiaire, conservent la raucité de la voix et de la toux, comme j'ai eu fréquemment l'occasion de l'observer. Or c'est là un symptôme fonctionnel très important, que vous rencontrerez presque exclusivement chez les syphilitiques ou les cancéreux; en outre, vous aurez à tenir compte de l'existence de la douleur qui, moins commune chez les syphilitiques, est au contraire de constatation fréquente dans la tuberculose; je ne saurais toutefois omettre de vous dire que j'ai pu me convaincre de son existence dans la syphilis.

Les lésions offrent-elles, dans les deux cas, des caractères nettement tranchés? Quelques auteurs prétendent qu'à lui seul, l'aspect des altérations syphilitiques ne suffit pas à carac-

tériser l'affection. Car s'il existe des cas types où, d'après les lésions du pharynx et de l'arrière-gorge, il est très facile d'établir le diagnostic de syphilis, on est obligé de reconnaître que la confusion devient facile entre les lésions syphilitiques et tuberculeuses du larynx. On a dit que dans la tuberculose, les points infiltrés présentaient une surface mate, livide, qu'ils étaient symétriques; tandis que dans la syphilis, l'infiltration était irrégulière, plus rouge et entourée d'une auréole inflammatoire. De plus, les ulcérations surviendraient plus vite dans l'infiltration tuberculeuse. L'opinion de Morell-Mackenzie, d'après laquelle l'infiltration localisée à un seul côté serait symptomatique de la syphilis, semble avoir perdu de sa valeur, car la chordite unilatérale est assez fréquente au début de la tuberculose. Mais hâtons-nous d'ajouter que, dans la tuberculose, toute la moitié du larynx est atteinte, que la région postérieure est infiltrée et la corde opposée toujours un peu catarrhale. Dans la syphilis, au contraire, c'est en général une partie de la corde qui est réellement tuméfiée, tandis que le reste est simplement rouge ou érodé. Ici encore la lésion est plus locale, plus circonscrite.

La gomme infiltrée se distingue aisément des granulations tuberculeuses qui, plus petites, plus isolées, ont un aspect grisâtre, demi-transparent, assez analogue aux tubercules des méninges. Elles se détachent sur un fond plus ou moins rose; si elles sont confluentes, la sécrétion qui recouvre le larynx, les lésions concomitantes de la base de la langue et souvent de l'arrière-gorge (tuberculose miliaire d'Isambert), ne sauraient laisser de doute dans votre esprit.

Quant à la distinction qu'on a voulu établir entre les ulcères syphilitiques et tuberculeux, elle est peut-être plus théorique que pratique et peut échapper à l'examen laryngoscopique le mieux fait.

Ce qui paraît pouvoir être affirmé avec certitude, c'est que les lésions déterminées par la tuberculose ne sont jamais aussi rapides ni, habituellement, aussi profondes, que celles de la syphilis.

L'évolution de la maladie sera pour vous, dans ces cas, un élément précieux qu'il vous faudra savoir apprécier. En l'espace de quelques mois ou même en moins de temps, un syphilitique fait de la sténose laryngée par œdème, ulcération ou périchondrite; la tuberculose aiguë seule marche avec cette rapidité, mais, les lésions miliaires de celles-ci sont alors tout à fait caractéristiques.

Le mode de formation des deux lésions est aussi bien distinct. Tandis, que dans la tuberculose, l'ulcération débute ordinairement par des points circonscrits, qui peu à peu se réunissent et forment un ulcère confluent avec pertes de substance plus ou moins considérables; dans la syphilis, au contraire, l'ulcère habituellement unique, plus ou moins étendu en surface, gagne ensuite en profondeur.

Il est encore un signe qui pourra vous être d'un utile secours et qui est basé sur le siège de la lésion.

Dans la tuberculose, en effet, l'envahissement de l'organe vocal est à peu près complet: dans la syphilis, au contraire, il est de règle que les lésions soient limitées, cantonnées, et n'atteignent pas les mêmes points que dans la tuberculose. Les lésions, situées sur l'épiglotte et la région inter-aryténoïdienne dans la syphilis, se rencontrent, dans la tuberculose, du côté des cordes vocales et de la région glottique. On a dit, il est vrai, que la syphilis marchait de haut en bas, de l'extérieur vers l'intérieur. Mais il est aussi constant de voir la syphilis débuter dans le larynx, se limiter à une partie de cet organe ou à un point particulier. C'est ainsi qu'on trouvera des ulcérations sur le bord et la surface hyoïdienne de l'épiglotte, sur les cordes vocales inférieures, les bandes ventriculaires et la région inter-aryténoïdienne. La pâleur du voile du

palais, le bourgeonnement de la région postérieure, se rencontrent dans les deux affections et ne sauraient servir de base à votre diagnostic.

L'ulcère syphilitique est, dans les cas types, de forme serpigineuse, irrégulier, avec des bords saillants, déjetés en dehors, taillés à pic, pour employer l'expression consacrée; les parties environnantes sont d'un rouge vif, toujours un peu sombre. Le cartilage est souvent dénudé et l'épiglotte quelquefois perforée.

Je ne voudrais pas terminer, Messieurs, cette question du diagnostic différentiel entre la tuberculose et la sypbilis du larynx, sans vous faire ressortir toute la difficulté que vous aurez parfois à établir nettement la nature exacte de l'affection.

Souvent vous n'aurez pour seuls guides que de l'œdème du larynx avec un aspect rouge, plus ou moins jambonné, et alors vous devrez vous fixer sur la marche de la maladie, l'ensemble des symptômes, pour en déduire sa nature. Des cicatrices qu'il vous sera quelquefois donné de constater sur le voile palatin ou le pharynx, seront des signes de probabilité en faveur de la syphilis, car elles sont rares dans la tuberculose. Dans d'autres cas plus difficiles, le diagnostic sera dû à la sagacité du médecin et aussi aux indications utiles que pourra lui fournir le malade, s'il est intelligent.

Si, malgré l'enquête la plus minutieuse des antécédents du malade, de son état actuel, de la marche des troubles fonctionnels, de l'existence ou l'absence de toux et des symptômes généraux, il vous restait encore des doutes, vous aurez un autre critérium dans les résultats fournis par l'examen des crachats et des secrétions prises dans le larynx, avec le pinceau ou la curette. Dans les cas de tuberculose, elles contiendraient le bacille bien connu aujourd'hui, et dont la recherche est à peu près vulgarisée.

Enfin en cas de doute, c'est au traitement qu'il faudra demander l'éclaircissement définitif de la question; chacun de vous connaissant les bons effets du traitement spécifique et l'amélioration rapides due à son application.

Il faudrait cependant bien vous garder de l'instituer à l'aveugle, car autant son efficacité est prouvée dans la syphilis, autant sa nocivité dans la tuberculose est indéniable.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur les cas hybrides de syphilis et de tuberculose, car vous comprenez facilement les difficultés presque insurmontables que vous offrira le diagnostic, dans ces cas heureusement assez rares. Sachez seulement que la diathèse tuberculeuse prend souvent la prépondérance, et que c'est avec les manifestations graves de cette dernière que les lésions ont le plus de ressemblance.

Traitement. — Nous arrivons à la dernière étape de cette longue étude d'une affection malheureusement trop commune et sur laquelle j'ai cru devoir insister davantage pour ce motif. Nous allons nous occuper, aujourd'hui, du traitement de la tuberculose laryngée; il doit être à la fois général et local. Je ne vous parlerai pas du traitement général qui n'est autre que celui de la tuberculose généralisée, et je croirais sortir du cadre que nous nous sommes tracé pour ces leçons, si j'entreprenais de vous l'exposer. Quant au traitement local, il doit être prophylactique, curatif ou simplement palliatif.

Le traitement prophylactique sera appliqué chez des malades nettement tuberculeux, et consistera en précautions hygiéniques de toutes sortes. C'est ainsi qu'on devra éviter toutes causes de refroidissement, proscrire l'usage du tabac chez les fumeurs, ou même la sédentarité dans les milieux où l'on fume. Vous devez aussi inviter les malades, exposés aux poussières ou aux vapeurs irritantes, à

s'y soustraire, et même, si la chose est possible, on leur conseillera de changer de métier. Les malades atteints de tuberculose du larynx devront avoir beaucoup de ménagements pour leur voix. C'est ainsi que vous défendrez l'usage de la parole à ceux qui auront des ulcérations, ou tout au plus leur permettra-t-on la voix murmurée. Il sera bon aussi de les habituer à une certaine gymnastique pulmonaire, comme, par exemple les inspirations et les expirations profondes en plein air; les promenades au dehors, etc.

Il vous faudra encore éviter l'emploi de médications irritantes, parmi lesquelles je crois pouvoir ranger les sulfureux. Si je vous déconseille l'usage des sulfureux dans la tuberculose du larynx, c'est que l'expérience m'a rendu prudent à leur égard, et que je n'ai guère eu à me louer de leur emploi. Cette opinion du reste, est loin de m'être absolument personnelle, car de l'avis même des médecins qui ont une grande habitude des eaux sulfureuses et qui les administrent aux différentes stations thermales, elles ne sont point indiquées dans les cas de phtisie laryngée. Je ne veux point ouvrir à nouveau devant vous une polémique sur la nocivité des eaux sulfureuses dans la tuberculose de l'organe vocal; M. le Dr Charazac, de Toulouse, vient encore tout récemment d'insister suffisamment sur cette question pour qu'il me soit inutile d'y revenir ici; aussi me bornerai-je à vous dire que Pidoux, qui prônait si chaudement les Eaux-Bonnes et que l'on ne pourrait par conséquent accuser de partialité, a lui-même déclaré qu'il a « toujours trouvé cette eau vaine ou nuisible dans la vraie phtisie laryngée. Elle irrite trop le larynx, et on n'observe pas, plus tard, la réaction en sens inverse ».

Les sulfureux, en effet, peuvent transformer en affections suraiguës, des manifestations restées jusque-là chroniques ou subaiguës. Aussi, aujourd'hui, commence-t-on à mettre à profit les recommandations qui ont été faites, et n'administre-t-on que rarement les sulfureux dans les cas de phtisie

laryngée; vous apprendrez, en effet, par expérience, que très souvent il est aussi important de connaître les médications nuisibles ou intempestives que celles destinées à combattre le mal. Peut-être, administrés avec une parcimonie avare, par cuillerée à café, en surveillant attentivement le larynx, arriverait-on au résultat cherché, mais c'est là un aléa que n'encouragent guère les insuccès notoires et terribles donnés par cette médication, souvent instituée à l'aveuglette, sans examen de l'organe, de la part du praticien qui envoie les malades aux stations thermales; de telle sorte que, au moins jusqu'à nouvel ordre, et malgré les assertions de M. Guinier, je crois devoir proscrire cette médication comme trop irritante et plus nuisible qu'utile *dans la grande majorité des cas.*

Vous pourrez agir indirectement sur la phtisie laryngée à l'aide de révulsifs placés à distance. C'est ainsi, Messieurs, que chez ces malades, on appliquait autrefois des vésicatoires aux bras. Cette pratique des anciens, nous devons l'avouer, a peut-être été un peu trop délaissée de nos jours. Bon nombre de médecins en usent encore avec fruit, et la meilleure preuve de l'efficacité de ce traitement, c'est le bénéfice qu'en retirent les malades. Maintenant, si vous me demandez des explications sur le mode d'action de ces vésicatoires ainsi placés à distance, je déclare franchement ne pouvoir vous en fournir; mais c'est là un fait indiscutable et que, comme moi, vous serez forcés d'admettre, si vous vous décidez à employer cette méthode. Rappelez-vous de placer les vésicatoires à demeure dans les points qui gêneront le moins possible votre malade : à gauche s'il est droitier, et réciproquement. Je ne vous parlerai que pour mention de l'application de cautères au niveau de la région laryngée, ou de sétons placés à la nuque; ce sont des procédés désagréables et douloureux, que tous les malades n'acceptent pas très facilement.

Dans les cas d'œdème du larynx, vous ferez usage, au niveau de la région aryténoïdienne, de petits révulsifs, consistant en teinture d'iode, en vésicatoires, ou en pointes de feu, suivant les cas et suivant les sujets.

Le traitement local, au moyen des topiques, sera variable suivant la période de la maladie que vous aurez à traiter. Laissez-moi seulement rejeter, d'ores et déjà, l'emploi des substances solides employées sous la forme pulvérulente. Elles sont, en effet, comme le dit Mackenzie, ou inertes ou nuisibles, suivant qu'on y ajoute ou non un principe actif. Moritz, Schiffers (de Liège) et Massei (de Naples) ont préconisé l'iodoforme en solution éthérée; j'y reviendrai plus loin, à propos des applications topiques locales; je me bornerai, pour l'instant, à vous dire que l'odeur désagréable de ce médicament est une des causes principales pour lesquelles on en a souvent proscrit l'emploi. Cette odeur, en effet, est si pénétrante et si persistante, que souvent elle empêche les malades de prendre aucune espèce de nourriture. Aussi, Messieurs, repousserai-je l'emploi de l'iodoforme sous forme pulvérulente, et pour ce motif, et parce que les poudres me paraissent peu convenir pour traiter le larynx malade.

A la première période de la maladie (période catarrhale ou d'infiltration), vous pourrez faire usage, soit d'inhalations faites avec des principes volatils, tels que : baume du Pérou, teinture d'eucalyptus, créosote, goudron, acide phénique, etc.

Les pulvérisations avec les différents pulvérisateurs à vapeurs que vous connaissez, trouveront également leur indication dans ces cas. Suivant que l'inflammation et l'état catarrhal seront plus ou moins prononcés, vous ferez usage de l'acide phénique au 1/500e; de bicarbonate de soude, de borax ou d'acide borique, de chlorure de sodium, de sulfate

de zinc; tous les balsamiques, tels que : baume du Pérou, goudron, acide benzoïque, benzoate de soude, etc., trouveront aussi leur emploi.

Les deux formules suivantes pourront successivement être mises en usage :

Acide phénique..........	0 50 centigr. à 1	gramme.
Borate de soude..........	4	—
Eau de laurier-cerise.....	50	—
Eau distillée.............	300 à 450	—

Ou encore :

Benzoate de soude....................	8	grammes.
Acide borique........................	4	—
Glycérine pure.......................	50	—
Eau distillée........................	450	—

A employer deux ou trois fois par jour, suivant l'intensité de la phlegmasie, pendant trois à cinq minutes.

A cette période, il sera assez souvent utile de toucher les parties de la muqueuse atteintes, soit d'érythème, soit d'érosions, avec des solutions plus ou moins astringentes; c'est dans ces cas que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent au 1/20, au 1/30, au 1/50, suivant les malades et suivant le résultat obtenu, trouvent successivement leur emploi.

Pendant ce traitement, vous surveillerez attentivement le larynx et l'effet produit par vos attouchements, pour les modifier ou même les supprimer s'ils irritaient trop la muqueuse, ce qui arrive quelquefois.

Si les lésions sont arrivées *à la deuxième période*, qu'il existe du gonflement inflammatoire, des poussées œdémateuses, des ulcérations gagnant en profondeur avec ou sans

bourgeonnements polypoïdes, avec ou sans tendance à la généralisation, votre traitement devra se modifier, suivant les manières d'être que vous aurez alors sous les yeux.

Dans les formes inflammatoires, éréthiques, bornez-vous à faire un traitement palliatif et antiphlogistique: révulsifs extérieurs (vésicatoires ou pointes de feu sur les côtés du larynx), inhalations ou pulvérisations antiseptiques et calmantes, au besoin gargarismes émollients; repos absolu de l'organe.

Si l'épiglotte et la région extra-laryngée sont le siège d'ulcérations, les gargarismes, ou plutôt les bains de gorge bien employés, trouveront un emploi tout naturel.

Je vous recommande, à cet effet, le gargarisme suivant, qui offre le double avantage d'être calmant et antiseptique :

Solution avec :

Iode métallique .... / Iodure de potassium	ââ 0,30 centigrammes
Acide phénique	1 à 3 grammes.
Laudanum Sydenham	4 —
Glycérine neutre	120 à 150 —

Une cuillerée à café de ce liquide par verre d'eau tiède, pour bain de gorge trois ou quatre fois par jour.

Si vos malades trouvent ce goût fade, désagréable, ou si vous n'arriviez pas à un résultat appréciable par ce topique, vous pourriez encore faire usage de la formule suivante :

Acide phénique ou créosote de hêtre	1 à 2 grammes.
Bromure de potassium	3 à 5 —
Laudanum Sydenham	3 à 4 —
Glycérine neutre	120 à 150 —

Une cuillerée à café par verre d'eau tiède, pour gargarisme.

Au besoin, la solution qui précède sera additionnée de 0.50 centigrammes à 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour la rendre plus anesthésique.

Quant aux attouchements directs, il me paraît préférable d'y renoncer ici, ils irritent presque toujours le larynx et sont mal supportés : tout au plus, s'il existe des troubles de la déglutition, devez-vous toucher les parties ulcérées avec une solution de chlorhydrate de cocaïne et de morphine. Si, pour quelque motif, les attouchements ne peuvent être faits, une pulvérisation calmante de deux ou trois minutes de durée, faite avec une des formules que je vous indiquerai plus tard, pourra alors trouver son indication.

Dans la forme lente de la tuberculose laryngée, s'il existe des ulcérations, en dehors des pulvérisations ou inhalations antiseptiques et astringentes de la première période, qui pourront être encore employées ici, je vous recommanderai encore la formule de pulvérisation qui suit.

Pulvérisations avec :

Chlorhydrate de cocaïne...........	0 25 à 0 60	centigr.
Hydrate de chloral................	2 à 3	grammes.
Bromure de potassium..............	2 4	—
Glycérine pure....................	50	—
Eau distillée.....................	300	—

A employer trois ou quatre fois par jour, pendant trois à cinq minutes.

Suivant les cas, vous supprimerez la cocaïne et la remplacerez par de l'acide phénique cristallisé ou de la créosote de hêtre.

Les émulsions de naphtol dissous dans le sulforicinate de soude contenant 1 ou 2 grammes de principe actif, pourront

être utilisées dans les formes tout à fait torpides de la maladie.

Vous ferez tous vos efforts pour modifier les surfaces ulcérées, tâcher de favoriser la cicatrisation et la régression des produits infiltrés. Pour arriver à ce but, les opinions sont très partagées. Les uns font beaucoup dans le larynx et d'autres fort peu; les uns emploient le nitrate d'argent, l'acide chromique (peu recommandable), la teinture d'iode, le chlorure de zinc à doses concentrées; mais beaucoup d'auteurs ont aujourd'hui abandonné la médication caustique, qui employée un peu à tort et à travers, produit l'aggravation du mal au lieu de le guérir. Souvent en effet, on cautérise les surfaces ulcérées sans davantage se préoccuper des accidents qui peuvent survenir. Or, après cautérisations, il arrive trop souvent qu'au lieu d'une petite ulcération, on se trouve en présence d'une vaste escarre absolument tuberculeuse, parfois triplée et quadruplée de surface et s'accompagnant d'un œdème considérable.

C'est pour ce motif que je crois devoir proscrire les cautérisations en général, dans le traitement de la tuberculose laryngée ulcéreuse.

Les astringents doivent-ils être employés à cette période de la maladie, et dans cette forme lente que nous envisageons ici? Évidemment oui, si l'on sait bien choisir les cas et les médicaments. Le chlorure de zinc, le nitrate d'argent en solutions faibles, pourront successivement trouver leur emploi, non pas régulièrement, mais de temps à autre suivant l'effet produit; l'acide phénique pourra lui aussi vous être utile.

Permettez-moi, en effet, de vous faire remarquer en passant que, dissous dans la glycérine, l'acide phénique perd toutes ses propriétés caustiques et peut être alors employé à des doses très concentrées en apparence, au 1/30, 1/20, 1/10 et 1/5 même dans certains cas, combiné soit avec de l'iode, soit

avec d'autres médicaments, comme je vais vous le dire tout à l'heure.

M. le Dr Ruault vient de recommander tout dernièrement (décembre 1889) l'acide sulforicinique neutralisé avec de la soude; ce produit, employé dans l'industrie (teinturiers), a l'avantage non seulement de maintenir la solution à la température ordinaire (40 % d'acide phénique, mais aussi 10 % de naphtol et 15 % de salol); de plus, ce qui rend ce véhicule particulièrement précieux, dit M. Ruault, c'est qu'il communique à ces deux substances la propriété de s'émulsionner dans l'eau, comme il le fait lui-même. Mises en contact avec l'eau, ces solutions donnent, en effet, des émulsions très suffisamment stables, dont une goutte, examinée au microscope, montre également de petits globules de diamètres différents; mais *pas de cristaux*. Connaissant le titre de chaque solution, il devient dès lors facile de préparer des émulsions contenant des quantités données de naphtol, de salol, etc.; par exemple, pour obtenir un litre d'émulsion naphtolée à 1 %, il suffira d'agiter convenablement 100 grammes de la solution dans la quantité d'eau nécessaire.

Il n'est pas besoin d'insister sur les avantages que présentent ces diverses préparations. Jusqu'ici, en effet, le naphtol et le salol n'avaient guère pu être utilisés, comme topiques, qu'en solution alcoolique, ou encore en solution dans le camphre.

Toutefois, l'acide sulforicinique, ou plutôt le sulforicinate de soude, ne saurait être appliqué largement sur des surfaces absorbantes, car des essais sur sa toxicité n'ont pas encore été suffisamment tentés. C'est pour ce motif que lorsque vous ferez usage de solutions phéniquées ou créosotées, vous utiliserez la glycérine, puisqu'elle possède les mêmes propriétés que l'acide sulforicinique, au moins pour ces deux antiseptiques, qu'elle est d'un emploi commode, plus facile à se procurer et nullement toxique. Au contraire, pour faire

usage de naphtol ou de salol, vous vous rappellerez le véhicule que je viens de vous signaler et dont M. A. Berlioz, le chimiste bien connu, a donné le mode de préparation dans le n° 6, t. II, des *Archives de laryngologie*.

Si vous n'êtes pas très au courant des différentes formes de tuberculose laryngée, mieux vaudra encore faire usage de calmants, dont l'emploi aura du moins l'avantage de n'être pas préjudiciable à votre malade.

Ici trouvera sa place l'iodoforme en solution éthérée, qui forme une couche protectrice, comme une sorte de vernis, à la surface de l'ulcération. Conseillé par Massei et Schiffers, ce médicament est évidemment utile pour combattre la dysphagie de la deuxième et, souvent, de la troisième période.

L'iodoforme ou l'iodol, mis en suspension dans la glycérine, est moins douloureux que le précédent et forme aussi un bon topique La solution iodo-phéniquée, du gargarisme (p. 196), employée pure remplira aussi le même but. J'en fais très souvent usage dans la forme ulcéreuse de la tuberculose, et je n'ai jamais eu qu'à me louer de son emploi. Les solutions de naphtol ou de salol seront utilisées au 1/30, au 1/15 ou au 1/10, suivant les malades, et aussi suivant l'effet produit.

M. Schnitzler a également recommandé le baume du Pérou qui formerait, au dire de cet auteur, un véritable collodionnage du larynx; mais j'avoue que je ne saurais comprendre comment soit le baume du Pérou, soit le collodion, pourraient, sur une muqueuse humide comme l'est celle du larynx, former la couche vernissée que l'on observe par exemple sur la peau bien sèche, lorsqu'on y applique ces topiques. Les deux surfaces ne sont pas comparables, je crois, et tout en vous signalant ce procédé je ne puis admettre qu'il agit en formant une couche vernissée sur les ulcères où on le dépose.

Traitement chirurgical. — Je ne puis terminer cette longue

énumération des topiques à employer, sans vous parler d'une médication récente, préconisée par MM. Krause (de Berlin) et Hering (de Varsovie), qui ont mené dans la presse médicale une véritable campagne en faveur de ce médicament : je veux parler de l'acide lactique, qu'ils considèrent comme un agent curatif, presque un spécifique de la phtisie laryngée *D'après ces auteurs, l'acide lactique doit être mis en usage, après que les ulcérations ont été raclées, détergées et rendues saignantes* (1), on fait alors des applications de ce topique dilué d'abord au quart, au tiers, puis à moitié et même pur. Or, comme premier effet, le malade éprouve une douleur très vive, parfois même accompagnée d'œdème. C'est pourquoi Hering conseille de faire, avant le raclage des surfaces, et l'attouchement caustique, des badigeonnages à la cocaïne ou même les injections sous-muqueuses de cet agent; injection déjà recommandée en 1885 par le Dr Pieniazek pour extraire les polypes du larynx, M. Hering additionne toutefois sa solution anesthésique d'un peu d'acide phénique pour la rendre aseptique.

Voici la formule recommandée par lui :

Chlorhydrate de cocaïne..............	0 gr.	25 cent.
Solution phéniquée à 2 0/0............	2	50 —

Injecter deux à quatre gouttes en un ou deux points, suivant le degré d'anesthésie à produire. M. Hering ajoute en effet une importance considérable à ce que la muqueuse laryngée soit bien devenue insensible avant de faire le curettage et l'application du caustique. C'est même à l'oubli de ces précautions préliminaires qu'il attribue les insuccès opposés à cette

(1) M. Hering a même fait construire dans ce but toute une série de curettes assez ingénieuses, pouvant s'appliquer à tous les cas et à toutes les régions de l'organe vocal.

méthode. En agissant ainsi, on aurait, paraît-il, de véritable cicatrices, des guérisons rapides et inespérées.

Ce traitement, repris en France par M. Gouguenheim, a été préconisé à nouveau par cet auteur, dans son *Traité de la phtisie laryngée*.

Malgré tout le bruit que l'on a fait autour de cette médication, j'estime qu'elle n'a pas donné tout à fait les résultats attendus, car bon nombre de praticiens, enthousiastes au début, ont peu à peu abandonné ce mode de traitement, au moins dans nos pays. Pour ma part, j'ai toujours douté et je doute encore de l'efficacité curative de tel ou tel médicament dans une affection aussi générale que la tuberculose. C'est la réceptivité du terrain qu'il faut modifier, plutôt que de sacrifier le malade pour tuer le bacille. Empêcher ce dernier de se reproduire, trouver les aliments qui le développent, rendre, en un mot, le sujet réfractaire à son évolution, sera l'idéal du traitement d'une diathese qui attaque l'organisme tout entier. Prétendre, en s'attaquant à une seule manifestation, guérir la tuberculose, c'est évidemment s'exposer à bien des déboires et bien des désillusions. Ce n'est point que je conteste les succès rapportés par MM. Krause et Hering, mais j'estime qu'il ne faudrait pas exalter outre mesure ces résultats merveilleux qui datent à peine de quelques années, et employer à l'aventure une médication qui, faite hors de propos, peut offrir des inconvénients sérieux pour le malade.

Je dois, en effet, à la vérité de dire que M. Masini (de Naples) a publié une série d'insuccès consécutifs à l'emploi de l'acide lactique, insuccès capables de faire hésiter bien des praticiens. C'est ainsi qu'un de ses malades eut un accès de suffocation dont il faillit mourir; M. Luc dut aussi, dans un cas analogue, pratiquer une trachéotomie d'urgence, pour sauver sa malade.

Je terminerai ce qui a trait à l'acide lactique, en vous disant que, dans son zèle, Hering est allé jusqu'à le recommander en injections interstitielles dans la muqueuse du larynx, procédé déjà employé avec succès, paraît-il, par M. le Dr Major (de Montréal). C'est dans les ulcérations limitées, lenticulaires ou cratériformes de l'épiglotte non accompagnées de réaction inflammatoire que M. Hering conseille l'emploi des injections interstitielles d'acide lactique. Dans les infiltrations aryténoïdiennes limitées à un seul côté et peu douloureuses, cet auteur préfère les injections d'iodoforme en émulsion, qui ne sont pas douloureuses.

Comme l'a dit M. Hering, toujours enthousiaste d'une méthode à laquelle il doit bon nombre de guérisons, il faut savoir choisir les cas dans lesquels ce traitement peut être employé. C'est là, malheureusement, une expérience que tout le monde ne peut pas acquérir et c'est pour vous éviter peut-être des accidents que je ne saurais vous engager dans cette voie.

Si vous êtes en présence de la forme polypoïde, bourgeonnante, qui, presque toujours, est elle aussi combinée à la forme ulcéreuse, je vous l'ai déjà dit, suivant que les bourgeons seraient plus ou moins saillants, plus ou moins volumineux, vous pourrez ou vous devrez même les enlever, soit avec la curette d'Hering, soit avec la pince emporte-pièce de Ruault qui me semble encore le meilleur instrument pour agir sur ces parties. Rappelez-vous que le peu de vascularisation des masses charnues que vous enlevez doucement, peu à peu, vous met à peu près à l'abri des hémorragies. Dans d'autres cas, si vous êtes assez habitués aux manœuvres laryngoscopiques, mais dans ce cas seulement, vous pourrez toucher au galvano-cautère les parties saillantes que vous ne pourrez pas enlever avec la pince. Je n'ai pas besoin de vous dire que toutes ces manœuvres seront faites prudemment et après cocaïnisation complète de l'organe vocal.

M. Ruault conseille même de cocaïniser les fosses nasales, pour rendre plus libre l'accès de l'air par ces dernières, car vous savez qu'après un attouchement un peu énergique de la muqueuse vocale, il est de règle de faire respirer le malade par le nez pour éviter le spasme qui se produit parfois. Cette méthode est donc à retenir, car elle peut avoir son utilité dans certains cas.

Scarifications profondes. — Laissez-moi encore vous signaler parmi les traitements chirurgicaux, celui de Schmidt (de Francfort), qui préconise les scarifications avec des ciseaux. La façon dont s'y prend ce spécialiste pour atteindre le but par lui recherché, me semble quelque peu audacieuse; embrassant en effet, la partie postérieure de l'organe et la paroi antérieure de l'œsophage entre les branches des ciseaux, il coupe franchement, sans se préoccuper davantage de ce qui peut en résulter. Or il aurait, prétend-il, grâce à ce procédé, obtenu de bons résultats. Qu'il me soit permis de ne pas partager cet avis, et cela pour deux raisons; d'abord parce que, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire dans une précédente leçon, la structure du tissu conjonctif du larynx se prête mal après scarifications à l'écoulement du liquide contenu dans ses mailles, et en second lieu, parce qu'après une semblable section nous redouterions une poussée aiguë et des troubles de la déglutition, conséquence toute naturelle de la plaie faite sur la partie mitoyenne entre le larynx et l'œsophage.

Trachéotomie. — Quelques auteurs, et en particulier M. Beverley Robinson ont encore voulu ériger la trachéotomie en mode de traitement de la phtisie laryngée. D'après eux, on mettrait, par ce procédé, le larynx à l'abri des causes d'irritation de toutes sortes (abus de la voix, poussières, etc.) qui peuvent être des agents déterminants dans l'aggravation de la tuberculose vocale; M. Beverley Robinson ne me semble pas

avoir tenu un assez grand compte de l'état pulmonaire, au moment où on serait appelé à pratiquer la trachéotomie.

C'est qu'en effet, généralement, les lésions laryngées arrivées à cette période sont l'indice de désordres thoraciques presque irréparables et qui, par suite, rendent nuls les effets de la trachéotomie. Voilà pourquoi je crois devoir condamner cette opération dans la tuberculose laryngée, du moins en tant que règle générale. La trachéotomie est utile pour parer à un danger imminent, lorsqu'il faut prolonger à tout prix la vie du malade, ou lorsque l'état des organes thoraciques impose l'opération; mais elle ne saurait constituer un mode de traitement de cette affection.

La trachéotomie trouvera donc ses indications dans un certain nombre de cas, et il est même bon de ne pas l'oublier à l'occasion.

Extirpation du larynx. — Je ne vous parlerai que pour mémoire et pour la condamner, de l'extirpation, tentée par des chirurgiens audacieux et peu soucieux de la vie de leur malade, dans le soi-disant but de guérir la tuberculose de cet organe. C'est un traumatisme trop grave pour qu'il puisse en être un seul moment question dans une affection diathésique de la nature de celle que nous venons d'étudier.

Si les différentes lésions, que vous connaissez bien maintenant, se trouvent combinées, vous devrez modifier votre traitement et l'appliquer suivant chaque cas particulier, puisque la tuberculose du larynx est une affection qui revêt les formes les plus variées, soit comme lésions, soit surtout comme marche.

Votre malade est-il *arrivé à la troisième période* de la maladie, avec ces altérations diffuses et profondes qui accompagnent le triste cortège symptomatique que vous savez; ici, vous devenez impuissant à guérir et vous tâcherez de calmer

les douleurs intolérables qui torturent les tuberculeux du larynx. Pulvérisations calmantes bromo-morphinées ou cocaïnisées, attouchements à l'iodoforme, cocaïno-morphinés ou phéniqués; vous mettrez tout en œuvre pour adoucir les derniers moments des malheureux qui souffrent de la faim et du manque d'air.

L'une des deux formules suivantes vous donnera parfois le résultat cherché :

Pulvérisations avec :

Chlorhydrate de morphine........	0 25 centigr. à 0 60 centigr.
— de cocaïne.........	0 30 — à 1 gramme.
Acide phénique................	1 à 2 —
Glycérine pure................	30 —
Eau de laurier-cerise..........	20 —
Eau..........................	300 à 500 —

A employer pendant deux à trois minutes; ne pas avaler.

Vous remplacerez, suivant les cas, l'acide phéoique par 3 ou 4 grammes de bromure de potassium ou d'hydrate de chloral cristallisé.

Les pulvérisations de courte durée auront l'avantage de ne pas fatiguer le malade et de pouvoir être faites avec plus de soin, la bouche largement ouverte ; au besoin, vous pourriez recommander l'emploi de petits ouvre-bouche annulaires qui éviteront au malade cette fatigue; ou bien le tube de verre qui accompagne les pulvérisateurs et qui serait alors introduit entre les dents. C'est pour ce motif que les liquides poudroyés pendant deux à cinq minutes au maximum, suivant l'état des malades et la période où en est arrivée l'affection du larynx, suffisent dans la grande généralité des cas.

Les attouchements pourront être faits cinq minutes avant

le repas, avec un pinceau imbibé d'une solution morphinée ou cocaïnisée :

Chlorhydrate de morphine.........	0 25 à	0 50 centigr.
— de cocaïne...........	0 50 à	1 ou 2 gram.
Glycérine pure....................		30 grammes.

Remplacer, au besoin, l'acide phéique par idoforme ou salol aux mêmes doses.

Il suffit ensuite de faire rincer la bouche du malade, pour qu'il puisse avaler des aliments demi-solides, dont la déglutition est, vous le savez, plus facile.

Ces divers topiques sont généralement bien tolérés, si les malades n'avalent pas les médicaments, ce qu'ils n'ont, du reste, aucune tendance à faire, à cause de la douleur que provoque l'acte de la déglutition. Toutefois, il pourra aussi vous arriver, chez des sujets sensibles et peu tolérants pour la cocaïne, de voir survenir de l'inappétence, de la tendance aux lipothymies après une pulvérisation contenant 0 20 ou 0 25 centigr. de chlorhydrate de cocaïne; ce sont là des faits relativement rares, mais que vous devez connaître.

N'oubliez pas que si la phtisie laryngée avait été jusqu'à ces dernières années considérée comme une affection absolument incurable, si beaucoup de médecins hésitent encore à la traiter, il est très certain que ces hésitations ne sont en rien partagées par ceux qui ont une habitude quotidienne du maniement du miroir laryngien. C'est que, de la sorte, on peut *de visu* se rendre compte de l'état des parties et juger des progrès assez souvent très manifestes qui surviennent, à la suite d'un traitement convenablement et intelligemment dirigé. En conséquence, nous nous joindrons à ceux qui regardent comme coupable l'indifférence qui consiste à laisser sans traitement la tuberculose de l'organe vocal, tout en vous rappelant pour me résumer : que si vous devez

le plus souvent possible chercher à guérir, il ne vous faut jamais négliger de soulager vos malades et tâcher de leur éviter les souffrances de la période ultime.

Rappelez-vous enfin, et c'est par là que je termine, que les médications locales douces, lentes, parfois l'abstention raisonnée, sont encore, dans bien des cas, les meilleurs moyens d'arriver au but que vous vous proposez : la guérison de la tuberculose laryngée.

DIX-HUITIÈME ET DIX-NEUVIÈME LEÇONS

Lupus du larynx (Laryngite scrofuleuse).

SOMMAIRE. — Le lupus et la scrofule du larynx constituent une même entité morbide. Il n'est pas très rare. — Aperçu historique. — Étiologie, influence diathésique, prédisposition créée par l'âge et par le sexe. — Symptômes. — Le début est insidieux. Caractères de la voix et de la toux; cette dernière est rare. Troubles de la respiration et de la déglutition. — Rôle de l'épiglotte. — Symptômes objectifs : érythème, hypertrophie. — Ulcérations, bourgeons charnus; description de ces lésions. — Anatomie pathologique. — Le bacille de Koch existe dans le lupus du larynx. — La marche de la maladie est régulière ou intermittente, sa durée variable, la guérison est possible. — Des cicatrices vicieuses consécutives. — Le diagnostic n'est pas toujours facile; il doit être fait avec la tuberculose miliaire, avec la syphilis et la lèpre du larynx. — Pronostic. — Traitement général et local.

MESSIEURS,

Les expressions lupus et scrofule servent à caractériser deux affections sensiblement identiques et pouvant être comprises dans une seule et même description; aussi ne vous étonnerez-vous pas de me voir employer alternativement et sans signification particulière, les termes de « laryngite scrofuleuse ou de lupus du larynx » qui, pour nous, représentent le même ordre de lésions du côté de l'organe vocal. Vous savez que d'après les recherches histologiques de ces dernières

années, la scrofule tend de plus en plus à disparaître du cadre nosologique pour partager ses manifestations entre la tuberculose et la syphilis héréditaire. Aussi, avec la nouvelle école, devons-nous considérer le lupus comme une tuberculose à bacilles rares et par conséquent à évolution lente. C'est désormais la signification que nous attribuerons à l'expression scrofule que vous m'entendrez employer de temps à autre dans le cours de cette leçon.

Les manifestations de la scrofule sont rares du côté de l'organe vocal, à ce point même que dans son travail inaugural M. Homolle a cru devoir en nier l'existence, s'exprimant en ces termes bien nets : « La laryngite scrofuleuse isolée n'a jamais été observée. » Nous ne serons point aussi absolu que cet auteur, et nous considérerons comme suffisamment démontrés les cas rapportés par un nombre déjà considérable d'auteurs qui regardent même l'affection comme moins rare qu'on ne l'avait supposé tout d'abord. Toutefois il est bon d'ajouter que, d'une façon générale, cette diathèse se manifeste rarement, en tant qu'affection primitive, sur le larynx; mais, de l'avis d'Homolle lui-même, les membranes muqueuses peuvent, dans la scrofule, être atteintes indépendamment de la peau, et c'est pour cette raison qu'il admet deux sortes de lupus, un lupus primitif et un lupus secondaire. Ces faits, Messieurs, avaient déjà été signalés par Türck en 1859, c'est-à-dire un an après la découverte du laryngoscope, puisque dès cette époque, cet auteur publia sur le lupus du larynx, cinq observations dont trois au moins parfaitement authentiques. Je vous citerai encore les deux cas de Tobold, deux observations de Morell-Mackenzie; et j'ajouterai que Ziemssen, Waldenburg, Jurasz, Lefferts, Grossmann, Ganghofner, Rauchfuss, Chritstett, Gerhardt et Gottstein en ont chacun rapporté un exemple. De l'avis de certains auteurs, cette rareté serait purement apparente, car

Lefferts pense que si l'on pratiquait plus fréquemment l'examen du larynx dans les cas de lupus de la peau, on y trouverait plus souvent des lésions de même ordre. Cette opinion est en général partagée par les dermatologistes. Voici du reste quelques chiffres témoignant que le lupus du larynx peut se rencontrer assez communément. Holm a trouvé six cas de lupus du larynx sur quatre vingt-dix malades atteints de cette affection, c'est-à-dire environ 5,5 %. Chiari et Riehl sont arrivés à une proportion un peu plus élevée et citent le chiffre de 8,8 %. Je dois aussi vous rappeler pour mémoire, les observations de MM. Isabel, Ramon de la Sota y Lastra, Cozzolino, etc., et enfin le travail plus récent de M. Marty qui résume assez bien l'état de nos connaissances à ce jour.

La scrofule de l'organe vocal a été, et je puis même ajouter, est encore bien souvent confondue avec la syphilis.

Elle constitue cependant une manifestation très nette et très caractéristique qui jusqu'à ce jour, dans les traités généraux et même spéciaux, n'a pas eu l'honneur d'une description à part. C'est ainsi que dans son *Traité pratique des maladies du larynx*, M. Morell-Mackenzie ne lui consacre que quelques lignes et passe même tout à fait sous silence l'angine scrofuleuse dont nous avons fait un chapitre additionnel dans la traduction que nous avons donnée, M. Bertier et moi, du livre de l'éminent spécialiste anglais.

Je dois à la vérité de dire que si l'école française admet l'existence du lupus du larynx, les Allemands et en particulier Virchow nient la scrofule de l'organe vocal. Il s'agirait toujours, d'après eux, dans cette affection, d'une syphilis à forme scrofuleuse, c'est-à-dire de cette maladie qualifiée par Ricord du nom de « scrofulate de vérole ». Cette opinion, émise depuis un certain temps déjà, est encore à l'heure actuelle partagée par un assez grand nombre d'auteurs, mais je vous ai déjà dit tout à l'heure que si la diathèse scrofuleuse

était destinée à disparaître, c'était pour prendre l'étiquette de tuberculose chronique, et non celle de syphilis, malgré les rapports apparents qu'elle semble offrir avec cette dernière.

Nous procéderons dans la description de cette nouvelle forme morbide comme nous l'avons déjà fait jusqu'ici dans l'étude des autres affections de l'organe vocal. Force nous sera cependant, ici, d'élargir un peu notre cadre et de signaler au passage les désordres occasionnés par la scrofule sur les muqueuses du nez, du palais et de l'arrière-gorge.

Étiologie. — Au point de vue étiologique, nous mettrons en première ligne l'influence diathésique du malade. Cette influence est-elle créée, comme le prétendent certains auteurs, par une syphilis héréditaire transformée, altérant profondément l'organisme et préparant un terrain propice aux manifestations dites scrofuleuses?

S'agit-il encore d'une prédisposition spéciale des individus offrant de par leur constitution une moindre résistance à la maladie?

Autant de questions difficiles à trancher. Cependant, avec M. le professeur Fournier nous admettrons que si fréquemment on a pu confondre syphilis et scrofule, il est pourtant des cas parfaitement typiques de scrofule, sans trace de syphilis, que nous décrirons à part.

D'après Homolle, c'est dans l'adolescence qu'apparaîtrait le plus fréquemment la scrofule et on la rencontrerait surtout de quinze à trente ans. Ainsi, d'après les statistiques de cet auteur, on l'aurait observée quatre fois avant l'âge de dix ans; six fois de dix à quinze ans; huit de quinze à vingt ans trois de vingt à trente ans et une seule fois à quarante ans. M. Isabel arrive aux chiffres de treize cas, de onze à dix-neuf ans; douze de vingt à quarante-quatre ans, et un seul à cinquante ans.

La scrofule s'observant plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, le sexe féminin semblerait donc être aussi une cause prédisposante.

Sur trente-trois cas examinés à cet égard par Chiari et Riehl, vingt-cinq femmes étaient atteintes et quinze d'entre elles au-dessous de vingt ans; quant aux huit hommes, il en était quatre qui n'avaient pas vingt ans; et sur vingt-six cas recueillis par M. Isabel, il comptait dix-sept femmes et neuf hommes seulement.

Symptômes. — Comme symptomatologie, vous serez très souvent frappés par l'habitus extérieur du malade qui aura tout l'aspect de ce que l'on est convenu d'appeler le type scrofuleux; joues proéminentes, lèvres épaisses, engorgement ganglionnaire, lésions osseuses, engelures, écoulements d'oreille, kératites, etc.; d'autres fois, au contraire, vous ne rencontrerez pas de signes extérieurs et c'est alors que vous pourrez vous trouver embarrassés et hésiter entre la scrofule et la syphilis.

Le début du lupus du larynx passe très souvent inaperçu et lorsque les malades viennent demander un soulagement, on se trouve déjà en présence de lésions très avancées. Ce n'est donc que tout à fait par hasard que vous aurez l'occasion de constater la scrofule de l'organe vocal au début. Il m'a été donné de rencontrer un cas de ce genre chez une jeune fille qui m'arriva avec de l'otite moyenne catarrhale sans se plaindre le moins du monde de ses lésions laryngées dont elle ne soupçonnait même pas l'existence. Cette obscurité dans le début peut être considérée comme la raison principale pour laquelle la scrofulose du larynx est observée moins communément par les laryngologistes que par les dermatologistes qui sont consultés de meilleure heure pour la scrofulose de la peau.

Parfois le malade éprouve à l'arrière-gorge une légère

sensation de gêne, mais presque toujours insuffisante pour attirer son attention d'une façon spéciale.

Vous constaterez des altérations de la phonation, absolument variables du reste. Qu'il s'agisse d'ulcérations des cordes, et la voix sera enrouée, rauque ou même éteinte ; que ces dernières soient saines, ce qui est loin d'être rare, et la voix sera absolument normale ou à peine éraillée.

La toux n'offre, à mon avis, non plus que l'expectoration, rien de bien caractéristique. Telle était du reste l'opinion de Krishaber, quand il disait que si les lésions sont purement laryngées, les malades n'avaient ni toux, ni expectoration; opinion trop absolue comme nous l'avons vu dans les leçons précédentes. Dans l'affection qui nous occupe, la toux est rare et malgré des ulcérations très prononcées, il vous arrivera de ne pas rencontrer ce symptôme. J'espère, Messieurs, au début de notre prochaine leçon, vous montrer une malade qui ne vous laissera à cet égard aucun doute.

Il n'y a pas, disons-nous, de douleur dans la scrofule du larynx; cependant, si nous voulions nous en rapporter à la description d'Homolle qui admet l'existence de poussées aiguës, intermittentes, accompagnées alors de quelque douleur, nous décririons la forme subaiguë ou aiguë de la tuberculose laryngée avec laquelle la maladie offrirait alors de nombreux rapports tant au point de vue des troubles fonctionnels que des altérations locales. Si nous envisageons au contraire la forme lupique vraie, c'est-à-dire l'inflammation lente de la muqueuse laryngée dont nous nous occupons en ce moment, nous pourrons affirmer que la douleur est absolument nulle, même dans les cas de lésions épiglottiques avancées, destruction partielle de l'opercule glottique, ulcérations aryténoïdiennes, etc.

Du côté de la respiration, les troubles sont au début peu

marqués, à moins qu'il ne s'agisse de la forme hypertrophique, dont M. Isabel rapporte un cas. L'hypertrophie, en effet, occasionne de la stéoose, du cornage et parfois même nécessite une intervention chirurgicale.

La déglutition facile au début peut subir à la longue de graves altérations. S'il existe des lésions du côté du voile du palais, il arrivera qu'au moment de la déglutition, les aliments seront rejetés par le nez; ces troubles, vous le comprenez, sont plutôt le fait d'une complication que de l'affection laryngée elle-même.

D'autres fois il existera des lésions, en apparence considérables, comme la destruction partielle ou même totale de l'épiglotte, sans que vous observiez le moindre trouble du côté de la déglutition. Et ceci, Messieurs, m'amène à vous parler du rôle de l'épiglotte dans la déglutition, rôle qui paraît être absolument secondaire. Elle ne semble point en effet avoir pour fonction de recouvrir l'orifice glottique lors du passage des aliments, mais elle paraît bien plutôt destinée à diriger dans les gouttières pharyngo-laryngées les aliments liquides. Et la meilleure preuve en est dans ce fait, que ceux-là peuvent encore avaler qui n'ont plus d'épiglotte. Il est donc probable que c'est à la base de la langue qu'est dévolue la fonction de protéger l'orifice glottique, puisque au moment où elle se porte en arrière pendant le premier temps de la déglutition, elle rabat l'opercule glottique sur le larynx ou le remplace lorsque ce dernier fait défaut. Si parfois il arrive aux aliments de pénétrer dans les voies respiratoires, c'est que, chez les tuberculeux, par exemple, les troubles sont absolument d'ordre réflexe et dus à l'altération de la sensibilité laryngienne, les lèvres de l'orifice glottique ne réagissant plus, et le mouvement de déglutition se faisant d'une manière moins complète qu'à l'état normal, à cause de la douleur violente qu'éprouve le malade pendant cet acte physiologique. C'est

parce que la douleur pendant l'accomplissement de cet acte physiologique est nulle chez les lupiques dont l'épiglotte est plus ou moins détruite, que malgré cette difformité, il ne se produit pas de troubles bien marqués lorsque le malade avale d'une manière normale et avec un peu d'attention.

Au point de vüe objectif, le lupus se manifesterait du côté du larynx par un érythème livide, d'après Homolle, ou par une simple hypertrophie. Mais cette lésion est très rare puisqu'on n'en connait qu'un seul cas, dû à Béringier. Il se serait agi, dans cette observation, d'un érythème livide, torpide comme l'appelle Krishaber, et ressemblant plutôt à de la laryngite inflammatoire qu'à un véritable érythème. Ce cas aurait été considéré, disons-nous, comme authentique; cependant, à cause de l'indolence qui existait, nous croyons qu'il serait difficile d'en tirer un symptôme diagnostique.

En même temps que l'érythème, peut exister une hypertrophie qui, au dire de Poyet, précéderait le processus ulcéreux et serait constituée par une sorte d'infiltration de la muqueuse dont l'ulcération serait la conséquence. Lefferts a, lui aussi, signalé des faits du même genre.

Après un laps de temps plus ou moins long, vous voyez survenir une perte de substance dont l'aspect est analogue à celui des manifestations lupiques des autres muqueuses. C'est ainsi qu'à l'examen vous constatez l'existence de mamelons rougeâtres, ou plutôt rosés, ayant un aspect verruqueux, inégal, formant de petites saillies grisâtres, dont la coloration s'atténue peu à peu et arrive, presque sans transition, à se confondre avec la muqueuse saine. A lui seul, cet aspect suffit pour un œil exercé à établir le diagnostic entre le lupus et la syphilis.

Il peut arriver, au début, que ces mamelons se détruisent, laissant à leur place des ulcérations bourgeonnantes dans

leur fond. Ces dernières, très variables quant à leur étendue et à leur profondeur, pourront, dans certains cas, atteindre le tissu cartilagineux qui devient, à son tour, le siège de carie ou de nécrose après ossification préalable.

Vous trouverez encore, dans certains cas de laryngite scrofuleuse, des déformations du côté de l'arrière-gorge résultant souvent d'adhérences vicieuses consécutives au processus ulcéreux.

Du côté de l'organe vocal, les lésions sont, d'une façon à peu près constante, localisées à l'épiglotte qui sera tuméfiée, garnie de mamelons rougeâtres et présentera des déformations plus ou moins variables.

Le plus habituellement, l'épiglotte semble comme rongée, pâle, rosée par places, jaunâtre dans d'autres points où le fibro-cartilage est à nu ; il existe sur ses bords, de ces petits tubercules, grisâtres, scléreux au toucher, qui sont le propre des manifestations lupiques. L'opercule peut être complètement détruit et comme enlevé à l'emporte-pièce.

Les replis sont décolorés, inégaux, rugueux et recouverts de mamelons qui leur donnent un aspect granuleux particulier et déforment singulièrement l'orifice glottique.

Les ulcérations que l'on constate alors ne sont pas, comme dans la tuberculose vulgaire, recouvertes d'exsudations abondantes; tout au contraire, on ne rencontre qu'une légère couche exsudative que l'on enlève difficilement à cause de l'anfractuosité des parties atteintes. Les pertes de substance seront situées sur la commissure inter-aryténoïdienne, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Ces dernières sont également rouges, fongueuses, inégales et comme parsemées de petites saillies ; dans d'autres cas, les rubans vocaux sont plus ou moins complètement rongés par le processus ulcéreux.

D'une manière générale, l'aspect de l'organe est pâle, rosé, mûriforme et plus ou moins déformé, suivant l'étendue et l'ancienneté des lésions.

La langue, si souvent prise dans la syphilis, est presque toujours indemne dans la scrofule, et cette intégrité pourra vous servir à éclaircir le diagnostic. Je n'en dirai pas autant du voile du palais, de ses piliers, du pharynx et de la voûte palatine qui souvent présentent le même aspect que le larynx.

Anatomie pathologique. — Les examens nécroscopiques de lupus du larynx sont fort rares, et les descriptions qu'on a données des lésions de ce genre sont surtout basées sur les résultats fournis par les investigations laryngoscopiques. On a d'autre part cherché à établir des analogies avec les altérations anatomiques des autres muqueuses altérées dans le lupus. Jusqu'ici, on a pris pour guide la description publiée par Virchow et tirée d'un seul cas examiné par lui. On constatait, dit cet auteur, « une cicatrice indurée, entourée d'excroissances aussi grosses qu'un pois, s'étendant du milieu du dos de la langue jusque dans la profondeur de ses racines. L'épiglotte était excessivement dure, et bordée de productions verruqueuses également indurées. Depuis ce niveau les tissus étaient scléreux et noueux jusqu'à la trachée. Les cartilages aryténoïdes étaient profondément ulcérés et entourés d'excroissances papillaires ».

Chiari et Riehl ont pu en réunissant leurs propres observations arriver à donner la description suivante : On verrait le lupus débuter par de petites granulations isolées d'abord, et se groupant plus tard ; des groupes d'efflorescences se formeraient par une poussée postérieure au voisinage ou sur les plaques elles-mêmes et représenteraient alors des épaississements légèrement glanduleux de la muqueuse ; d'autres fois,

ils constitueraient des plaques rugueuses isolées et fortement saillantes.

Les infiltrations peuvent disparaître au bout de quelque temps ou bien suppurer; l'ulcération, d'une profondeur variable, peut gagner le périchondre et les cartilages et déterminer toute la série des désordres que vous connaissez (périchondrites, etc.).

Les parties atteintes seraient par ordre de fréquence : l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la face supérieure des cartilages aryténoïdes, rarement les cordes vocales.

Les nodules du lupus seraient constitués par du tissu granuleux, ordinairement peu vasculaire. Les proliférations cellulaires siégeraient autour des canalicules excréteurs des glandes ainsi qu'entre les lobules; on y trouverait des cellules géantes et même le bacille tuberculeux de Koch. Dans un cas observé par Gottstein, on voyait une infiltration cellulaire abondante dans le tissu conjonctif ainsi que de petits nodules renfermant des cellules géantes. Dans une préparation de Koch on remarquait même dans une cellule géante un bacille de la grosseur du bacille tuberculeux.

La cicatrisation consécutive à l'ulcération est purement apparente; les tissus nouveaux ne jouissent en effet que d'une faible vitalité dont la résistance à une poussée nouvelle du processus lupique est pour ainsi dire nulle. Vous voyez donc, Messieurs, que j'avais quelques raisons au début de cette leçon pour faire entrer le lupus dans le cadre de la tuberculose.

Cette assimilation que je viens de faire pour les manifestations dites scrofuleuses de l'organe vocal, mon chef de clinique, M. le Dr Raulin, l'a faite également pour le lupus des fosses nasales, dans un long mémoire publié sur cet intéressant sujet en 1889.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — En général, le lupus procède lentement, mais on a cependant vu sous l'influence de causes variables, des terrains presque réfractaires à l'évolution du bacille tuberculeux, devenir propres à sa reproduction, et alors l'affection prendre une marche aiguë qui précipitait son évolution et modifiait peu à peu les caractères de torpidité que je viens de vous décrire. C'est dans ces cas que la durée de la maladie, généralement fort longue, se trouvait notablement diminuée, la tuberculose reprenant bientôt ses droits qu'elle semblait un moment avoir abandonnés.

Je me hâte cependant de vous dire que la durée du lupus du larynx est à près indéterminée. Il peut, en effet, se prolonger pendant plusieurs années jusqu'à dix, quinze et même vingt ans, de telle sorte qu'il serait difficile d'assigner un terme exact à cette affection.

La terminaison de la maladie peut se produire de deux manières différentes : 1° par aggravation des symptômes, complication des lésions préexistantes et tuberculisation générale; 2° par cicatrisation. Dans ce dernier cas, la guérison — si guérison cela peut s'appeler — pourra parfois être terrible par suite des désordres dont elle s'accompagnera.

C'est ainsi qu'on a vu survenir des exemples d'adhérence totale du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx; on a encore observé des adhérences des cordes vocales, des replis ary-épiglottiques. (Obs. de Garel.)

Or, ces adhérences peuvent être irrémédiables et vous en comprenez alors toute la gravité. Dans tous les cas, elles exigent des opérations assez importantes; telles que ouverture du voile, tubage du larynx, qui ne sont pas toujours couronnées de succès. Dans quelques cas plus favorables, la guérison peut s'accomplir avant que la maladie ait fait de trop grands ravages et, par conséquent, sans laisser de désordres graves après elle.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite scrofuleuse est loin d'être toujours chose facile. L'affection primitive est, vous ai-je dit, assez rare pour que certains auteurs soient allés jusqu'à en nier l'existence, et dans ses belles leçons sur la syphilis tertiaire, M. le professeur Fournier fait observer combien cette manifestation est peu commune à l'hôpital Saint-Louis; puisque d'après sa statistique personnelle, sur cent malades atteints de laryngite diatésique, il a rencontré deux fois seulement la laryngite scrofuleuse et quatre-vingt-dix-huit cas de lésions syphilitiques tertiaires.

Vous ne vous laisserez pas arrêter par la tuberculose miliaire aiguë de l'arrière-gorge, car la marche de l'affection, la gravité des symptômes fonctionnels, l'aspect des lésions, suffisent amplement à faire le diagnostic. Il est cependant certaines formes de tuberculose laryngée où les difficultés sont plus grandes : les végétations polypoïdes de la tuberculose habituelle, siégeant au niveau des aryténoïdes ou bien des bandes ventriculaires et de l'épiglotte avec légères érosions, ressemblent beaucoup aux altérations lupiques.

Cette analogie des lésions vient encore corroborer leur similitude et ce n'est alors qu'une question de degré d'infection qu'il vous faudra savoir reconnaître pour agir en conséquence.

L'embarras est bien plus grand quand il s'agit de faire le diagnostic entre la syphilis et le lupus du larynx. Toutefois, si vous tenez compte de l'aspect extérieur du sujet, des lésions que vous pourrez observer du côté des yeux (kératite interstitielle), du côté des oreilles (otorrhée), de celles évoluant sur la peau, ou pouvant intéresser les muqueuses, des cicatrices existant sur ces divers points, vous pourrez sur cet ensemble symptomatique établir votre diagnostic presque avec certitude. L'aspect particulier offert par les dents dans quelques cas, aspect désigné sous le nom, devenu classique, de dents

d'Hutchinson, plaidera en faveur de la syphilis; mais il n'y faut ajouter cependant qu'une importance relative, car, ainsi que le fait remarquer le professeur Fournier, on peut dans la scrofule rencontrer des dents ayant un aspect analogue à celui des dents dites syphilitiques.

Le siège des lésions est peut-être plus important au point de vue du diagnostic. La syphilis, en effet, a des tendances marquées à se localiser en un point unique quelconque; la scrofule au contraire, envahira dans son entier une partie de l'organe vocal. Je crois donc juste d'insister sur cette localisation de la lésion.

On a encore signalé le caractère différentiel de l'œdème. Dans la syphilis il est rouge, et la muqueuse est congestionnée; c'est le contraire dans la scrofule où l'œdème est lisse et pâle. Dans la syphilis, il existe parfois de la douleur et jamais ou très rarement vous en observerez dans la scrofule.

S'agit-il de formes secondaires de la scrofule bucco-pharyngée, le diagnostic est plus aisé, car à cette période la confusion est difficile, les lésions étant très nettes. Dans la syphilis, en effet, vous trouvez des ulcérations profondes, « taillées à pic », suivant l'expression consacrée par l'usage; elles sont rouges et ne présentent jamais cet aspect mûriforme, framboisé et pâle, des ulcérations scrofuleuses.

La marche de la maladie est très importante au point de vue de son diagnostic; en effet, tandis que la syphilis a une évolution relativement rapide, au contraire, la scrofule met longtemps à se développer. Cette lenteur dans la marche du mal est donc un signe dont vous devrez tenir compte.

Le diagnostic est encore très facile, quand il existe des lésions cutanées. Cependant force nous est d'observer que le lupus de la peau n'est pas lui-même toujours très net.

Les cas de lèpre avec manifestation du côté du larynx sont

chose très rare dans nos pays. La lèpre se manifeste par des tubercules isolés, blanchâtres, avec infiltration aréolaire et généralement sans anesthésie, dit Ramon de la Sota. A une période plus avancée, du côté du larynx, la lèpre se traduit par des mamelons situés sur l'opercule glottique et alors l'épiglotte ressemble à une coque de châtaigne recouverte de ses éminences papillaires. Nous allons, du reste, apprendre à connaître les manifestations lépreuses de l'organe vocal dans une de nos prochaines leçons.

Quant au cancer, je me bornerai uniquement à le mentionner, car il offre des signes si nets, si caractéristiques, qu'il semble impossible de faire la moindre confusion avec l'affection qui nous occupe en ce moment. Il s'accompagne en effet d'une sensation très douloureuse, est unilatéral et ne présente pas de cicatrices comme le lupus. De plus, on l'observe presque exclusivement chez les personnes âgées, contrairement à ce qui se passe dans le lupus.

Pronostic. — Le pronostic de la scrofule du larynx est bénin si on intervient à temps. Mais, si la muqueuse des lèvres vocales est atteinte on doit redouter la sténose glottique.

Vous aurez à craindre également les adhérences de toutes sortes, car elles peuvent s'accompagner des plus graves désordres. Enfin la scrofule peut avoir sur le larynx et le pharynx des manifestations d'une intensité telle que toutes ces parties deviennent absolument méconnaissables.

De plus, étant donné que lupus et tuberculose sont deux expressions analogues, ne variant que dans leur manière d'être, vous comprenez de suite la gravité du pronostic, dans bien des cas. Il suffit qu'un terrain longtemps réfractaire à l'évolution des bacilles devienne par suite de circonstances variées (affaiblissement du sujet, surmenage, traitements irritants, etc., etc.), propre à leur développement, et vous assistez

alors à l'éclosion d'une véritable tuberculose avec toutes ses conséquences et sa gravité.

Traitement. — Le traitement de la scrofule laryngée doit être à la fois général et local. Comme traitement général, vous prescrirez de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, de l'iodure de potassium même à faibles doses. Vous pourrez encore administrer les sulfureux qui agiront, quoi qu'on ait pu en dire, comme modificateurs et surtout comme excitants; vous les prescrirez intus et extra, en boissons, gargarismes, humages et pulvérisations; mais il vous faudra en surveiller très attentivement l'emploi, et à la moindre excitation en diminuer la dose ou même les supprimer. Les eaux sulfureuses, vous le savez, ne doivent pas être employées sans discernement, et c'est surtout sur la marche du mal que vous vous baserez pour en conseiller ou en proscrire l'emploi.

Localement, vous ferez usage, suivant les cas, de cautérisations avec la solution glycéro-phéniquée avec ou sans iode, de naphtol camphré, ou de caustiques divers.

Existe-t-il des bourgeons charnus exubérants, vous emploierez alors le raclage et le curettage. Déjà employés par M. Poyet chez un malade dont M. Isabel rapporte l'observation dans sa thèse, le raclage et les scarifications avaient eu dans ce cas d'excellents effets. L'acide lactique en attouchements et en solution d'abord, puis pur d'après la méthode de Krause et d'Hering (Voir Laryngite tuberculeuse, p. 201), pourra aussi être mis en usage, et manié avec une sage prudence il constituera un excellent topique.

Le galvano-cautère trouvera lui aussi son emploi dans les formes torpides avec productions néoplasiques diffuses. Toutes ces manœuvres seront faites, cela va sans dire, après cocaïnisation complète de la muqueuse vocale ou du point sur lequel vous désirez opérer.

M. Faugère recommande les solutions d'iodhydrargyrate au 1/20 ou au 1/10. L'acide chromique cristallisé et fondu sur l'extrémité d'un stylet (méthode de Frænkel et d'Hering) sera également utilisé. Ici vous n'aurez pas à craindre l'emploi des excitants locaux qui vous aideront à obtenir la cicatrisation du mal; mais vous devrez toujours avoir soin d'agir avec une certaine précaution et habituer vos malades aux attouchements caustiques qui, je me hâte de vous le dire, sont généralement bien supportés dans ces cas; mais à la moindre poussée inflammatoire, vous devrez supprimer les cautérisations.

Comme adjuvant des topiques, les diverses pulvérisations astringentes trouveront tour à tour leur indication, et à ce titre les pulvérisations d'acide lactique, de chlorure ou sulfate de zinc, seront tour à tour profitables à vos malades. Voici, par exemple, une formule applicable aux formes torpides et lentes du mal :

Acide lactique ou sulfate de zinc......	3 grammes.
Glycérine pure.....................	50 —
Eau distillée.......................	300 à 500 —

A employer trois fois par jour pendant quelques minutes.

Une fois l'ulcère guéri, reste-t-il un certain degré de sténose, vous la traiterez, comme je vous le dirai un peu plus tard dans l'une de nos prochaines leçons (Voir Syphilis, traitement), par le tubage, avec ou sans trachéotomie, suivant les indications de chaque cas.

XXe, XXIe, XXIIe et XXIIIe LEÇONS

De la laryngite syphilitique (syphilis laryngée).

Sommaire. — Quelques mots d'historique; il est utile d'établir une division basée sur l'ordre chronologique des accidents laryngés (accidents primitifs, secondaires, tertiaires). — Chancre de l'épiglotte; il est rare, difficile à reconnaître. — Fréquence des accidents laryngiens.

Accidents secondaires. — Étiologie. Influence du froid, des irritations locales, du tabac en particulier; de l'âge. — Symptomatologie. Érythème : mode d'apparition; disposition. Plaques muqueuses; époque de leur évolution. L'épiglotte est le siège de prédilection. Aspect de ces lésions; elles sont parfois difficiles à distinguer des simples érosions catarrhales; de l'œdème laryngé secondaire. — Existe-t-il des condylomes dans le larynx? Quel est leur aspect? — Des paralysies secondaires. — Symptômes fonctionnels de la période secondaire. Altérations de la voix, troubles respiratoires.

Accidents tertiaires; leur apparition peut être très tardive. Influence de l'hérédité. Gommes, ulcérations superficielles et profondes, végétations, sténoses. Aspect de ces différentes lésions. L'ulcération débute par la surface. Déformations du larynx. L'ulcération débute par le cartilage; les désordres sont étendus et graves. — Des laryngo-sténoses, ponts membraneux, synéchies, arthrites, rétrécissements proprement dits. — Paralysies. — Symptômes fonctionnels; voix, toux et respiration. Déglutition.

Marche, durée des accidents syphilitiques. Terminaison. — Diagnostic; il doit être fait avec la tuberculose, le cancer à la période d'infiltration et de tumeur, la scrofule et la lèpre. — Pronostic. Il est grave à la période secondaire. Dangers des sténoses cicatricielles. — Traitement : *A*. général : mercure et iodure; *B*. local : attouchements. — Comment faut-il traiter les sténoses cicatricielles. De la dilatation du larynx. Procédés divers, résultats. — Trachéotomie; lieu d'élection.

Messieurs,

Nous allons aujourd'hui nous occuper des manifestations de la syphilis sur la muqueuse vocale. Les lésions de cette diathèse, connues depuis un temps assez restreint, étaient jadis englobées avec la scrofule et la tuberculose sous le nom de phtisie laryngée. Après la découverte du laryngoscope, l'existence de la syphilis laryngée, jusque-là niée, devint d'une évidence telle, que certains auteurs voulurent voir dans les manifestations laryngées de la syphilis, la reproduction exacte de tous les accidents cutanés de cette affection. Aussi Cusco et son élève Dance décrivirent-ils, du côté de la muqueuse vocale, des lésions en tous points analogues à celles qu'on rencontre du côté de la peau ; c'est ainsi que furent signalés par eux, l'érythème, les plaques muqueuses, les papules, les tubercules, etc., etc.

Mais cette opinion, un moment admise, fut bientôt controversée et combattue par d'autres auteurs aussi compétents que les premiers : par Fournier, Duplay, Isambert et Ferras, pour ne parler que des Français. Ce dernier auteur réussit même à prouver qu'il n'existait pas, ainsi que l'admettaient Dance et Cusco, une intime corrélation entre la syphilis du tégument externe et celle du larynx, et il adopta dans la description de la syphilis du larynx une classification très simple, la divisant en syphilis ulcéreuse et non ulcéreuse. Cette division était évidemment un peu vague, car il était difficile de faire rentrer dans ce cadre certaines lésions diathésiques, telles que les plaques muqueuses, les condylomes dont cet auteur nia l'existence. Il est bon d'ajouter cependant que peu de temps après, revenant sur les idées de son élève Ferras, Isambert, dans ses leçons cliniques, admit la possibilité,

quoique rare, des plaques muqueuses. Il est évident qu'à cette époque, la description de la syphilis du larynx n'était pas encore très nette; aussi MM. Krishaber, Ch. Mauriao en France, et à l'étranger Gerhardt et Roth en Allemagne, pour ne citer que quelques auteurs, étudièrent-ils à nouveau cette importante question et décrivirent-ils des accidents de trois sortes : primitifs, secondaires et tertiaires, suivant l'ordre chronologique de l'apparition des accidents, comme on l'a fait pour la peau et les autres organes. Cette distinction, établie par Krishaber et admise par Isambert et Rollet, est celle que nous acceptons et que nous suivrons dans le cours de cette étude. A ce titre, nous rangerons parmi les accidents primitifs, le chancre; les accidents secondaires comprendront l'érythème, les plaques muqueuses, les condylomes et les paralysies; quant aux lésions tertiaires, elles seront caractérisées par les ulcérations simples, les gommes, les caries, les nécroses et les paralysies.

Étiologie. — *Le chancre* de l'organe vocal n'a presque pas été décrit, pour cette raison, dit Rollet, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, qu'il n'en a jamais été observé au delà des amygdales. De par sa situation profonde, le larynx étant tenu éloigné de toute cause extérieure de contamination, on comprend, à la rigueur, qu'il lui arrive rarement d'être atteint primitivement. Cependant, je ne crois pas qu'il soit sans exemple, dans la science, d'avoir vu l'accident initial localisé à l'épiglotte, et j'ai encore présent à la mémoire l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ou vingt-trois ans, auquel je donnais des soins à la clinique pour un chancre huntérien, occupant le bord libre de l'épiglotte (côté gauche), qui fut suivi plus tard d'accidents secondaires dont je ne pus suivre le développement ultérieur, ayant perdu ensuite le malade de vue. Tout ce que je puis ajouter, c'est que l'ulcération épiglottique se cicatrisa très lentement.

Toutefois, je ne crains pas de vous dire que ces sortes d'accidents sont très rares et ne se rencontrent que sur l'épiglotte qui, venant se mettre en contact avec la base de la langue, peut être directement infectée. Le *modus faciendi* est le même que pour le chancre de l'amygdale, vous le comprenez aisément sans qu'il me soit utile d'insister sur les manœuvres obscènes dont il décèle l'existence.

Est-il possible de reconnaître l'accident primitif sur l'opercule glottique? La question, je vous l'avoue, est difficile à résoudre. Car l'existence d'une ulcération grisâtre, généralement fongueuse, limitée à un des côtés supérieurs de l'épiglotte, entourée d'une zone inflammatoire circonscrite, peut être aussi bien l'indice d'accidents tertiaires, d'une tumeur maligne au début, que d'un accident primitif, et vu la rareté de ce dernier dans cette région, vous devrez penser bien plutôt à l'une de ces lésions, qu'à un chancre induré. Seule, l'évolution du mal, l'absence de toute porte d'entrée de la syphilis et l'apparition d'accidents ultérieurs, pourront vous faire admettre la possibilité de l'infection laryngienne.

Les lésions secondaires du larynx, et j'entends par là les plaques muqueuses, sans être très rares, sont cependant loin d'être aussi communes que les plaques amygdaliennes; mais leur existence est aujourd'hui absolument établie et admise à peu près sans conteste. C'est ainsi que M. Bouchereau, dans son relevé statistique portant sur 135 malades observés à Lourcine, a trouvé 59 fois des manifestations syphilitiques dans le larynx (érythème, plaques, etc.). C'est là un chiffre qui ne me semble pas exagéré.

Assez fréquents sont aussi les accidents tertiaires. Il résulterait des statistiques de Mackenzie, qu'il aurait sur 10,000 malades rencontré 308 fois des affections syphilitiques du larynx à la troisième période. La statistique de Lewin porte ces cas à 4 % et celle de Villigk à 15 %. Voici du reste, pour que

vous puissiez juger en connaissance de cause, les chiffres apportés par les auteurs. Sur 20,000 syphilitiques constitutionnels admis de 1863 à 1880 à l'hôpital de la Charité de Berlin, Lewin en a trouvé 575, soit environ 2,9 % qui présentaient des manifestations laryngiennes, et parmi ceux-là, environ 500 étaient atteints légèrement et 75 d'une façon plus grave. Il résulterait de la comparaison de ces chiffres, que le rapport des cas secondaires aux cas tertiaires serait comme 7 : 1.

Je viens de vous dire que M. Morell-Mackenzie avait constaté 308 fois la syphilis laryngée sur 10,000 cas de maladies de la gorge; Schrœtter sur 21,044 malades a observé 947 cas de syphilis du larynx; c'est-à-dire que pour ce dernier auteur la proportion serait de 4,5 %, tandis qu'elle n'est que de 3,08 % pour l'auteur anglais.

Comme vous pourriez observer de notables différences dans les statistiques fournies par d'autres praticiens, il est bon de vous faire remarquer à quelles causes elles peuvent tenir. Il est assez rare qu'on consulte les laryngologistes pour des manifestations légères de la syphilis; on n'a guère recours à eux que dans les cas graves; tout au contraire, dans les établissements où on traite spécialement la syphilis, si on examine tous les malades atteints de syphilis secondaire ou simplement ceux qui se plaignent de troubles du larynx, on aura chance d'avoir des chiffres se rapprochant beaucoup plus de la réalité. Aussi doit-on observer à l'égard des statistiques la plus grande réserve.

Les accidents secondaires reconnaissent pour cause occasionnelle les influences saisonnières. C'est ainsi qu'un simple catarrhe laryngien dû à l'action du froid sur l'organe vocal, peut, chez un sujet entaché de syphilis, devenir le point de départ d'accidents secondaires du côté de cet organe.

D'après Morell-Mackenzie, l'action du froid est absolument

indiscutable tout au moins dans la période de début. C'est ainsi que sur 118 cas de syphilis secondaire observés par lui, 79 fois les accidents se manifestèrent du 1er septembre au 1er mars, et 39 fois seulement entre le 1er avril et le 31 août.

Dans 110 cas de syphilis tertiaire, on vit 66 fois la maladie commencer dans les six mois d'hiver et 44 fois dans les six mois d'été.

Toutes les autres causes capables d'engendrer la laryngite catarrhale, peuvent déterminer l'apparition d'accidents laryngiens chez les syphilitiques; tels sont par exemple : l'abus de la voix et surtout l'usage immodéré et même modéré du tabac, auquel je ne crains pas d'attribuer le rôle principal dans l'étiologie et dans la longue durée des manifestations laryngées de la vérole.

Je crois tellement à l'influence néfaste du tabac au point de vue de l'éclosion de la syphilis laryngée, que je préfère renoncer à donner mes soins aux syphilitiques qui sont en même temps des fumeurs incorrigibles. L'influence de cet irritant quotidien est si vraie, qu'il m'arrive bien souvent de traiter des malades déjà vus par d'autres confrères qui avaient porté un diagnostic exact et prescrit un traitement approprié, et cela sans amélioration, parce que ces malades avaient continué à fumer; c'est dans ces cas que l'usage du tabac ayant été absolument supprimé, vous verrez alors survenir une guérison rapide.

Comme il était *a priori* facile de le prévoir, la plupart des cas de syphilis du larynx se présentent surtout pendant la période active de la vie génitale, c'est-à-dire de vingt à quarante ans; pour les mêmes raisons, on les rencontre chez les femmes principalement de dix-sept à trente ans.

On a dit qu'elle était très rare chez les enfants; mais les belles recherches de Fournier nous ayant appris à nous tenir en garde contre les manifestations de cette diathèse, même

chez les enfants, on aura peut-être maintenant l'occasion de l'y constater plus souvent.

Symptomatologie. — L'étude des symptômes de la syphilis secondaire du larynx nous apprend que dans un premier stade, on observe de l'érythème caractérisé par une rougeur vermillonnée, sombre, quelquefois diffuse, mais le plus souvent très localisée à certains points, notamment au niveau des cordes vocales, à leur insertion antérieure, sur l'anche dite vibrante par Fournié. La rougeur est formée comme d'un pointillé très serré dont il est facile de voir les différentes teintes avec un bon éclairage (lumière de Drummond, lumière électrique). Souvent cet érythème s'accompagne de lésions analogues de la peau ou du pharynx et souvent aussi il persiste quand apparaissent les plaques muqueuses du côté de l'arrière-gorge. L'érythème peut aussi envahir les bandes ventriculaires.

Maintes fois, il passerait inaperçu si l'attention n'était attirée par des lésions existant du côté de la peau et auxquelles, presque toujours, il est consécutif ou avec lesquelles il coïncide. Dans quelques cas cependant, vous pourrez voir l'érythème constituer la première manifestation syphilitique, comme j'ai pu souvent m'en convaincre, par l'examen de malades entachés de cette diathèse. Rappelez-vous néanmoins que c'est là un fait absolument exceptionnel.

La muqueuse vocale atteinte d'érythème est non seulement rouge, mais encore assez souvent érodée par places; aussi peut-on observer une disparition partielle ou même totale de l'épithélium. Il n'est pas rare non plus de constater une certaine modification dans la sécrétion qui peut être augmentée de quantité, visqueuse, et former après dessiccation, des croûtes adhérentes. Quant à l'œdème de la muqueuse signalé par certains auteurs, notamment par Lewin, vous n'aurez que fort rarement l'occasion de l'obser-

ver au moment où vous constaterez l'existence de l'érythème spécifique.

Les plaques muqueuses du larynx ont été signalées par Ferras, Isambert, Bouchereau, Gerhardt et Roth, Krishaber et Mauriac, Mac Neil Whistler, Massei, et depuis par bien d'autres auteurs. J'ai eu moi-même l'occasion d'en constater quelques cas, consignés en 1879 dans mon travail inaugural, et depuis cette époque j'ai plusieurs fois rencontré cet accident secondaire de la syphilis.

Les plaques de l'organe vocal apparaissent en général en même temps que la roséole à la peau et presque toujours elles coïncident avec les plaques gutturales, buccales ou anales. M. Martel en aurait cependant observé un exemple survenu dix mois après le chancre. C'est là un fait exceptionnel, puisque généralement c'est vers la fin du premier mois et plus habituellement dans le deuxième ou le troisième mois au plus tard que se montrent ces accidents.

C'est ordinairement au niveau de l'épiglotte, sur sa face linguale, sur les replis glosso-épiglottiques et sur les bandes ventriculaires et sur les rubans vocaux qu'apparaissent les plaques muqueuses.

Sur l'épiglotte, elles ont le même aspect que dans l'arrière-gorge et sur le voile du palais. Elles sont presque toujours isolées, saillantes, grisâtres, avec un aspect gaufré; souvent entourées d'un liséré inflammatoire, elles se détachent en gris sale, terne, sur le fond de la muqueuse rouge et tuméfiée. Ces îlots peuvent offrir 1 millimètre ou 1 millimètre et demi de surface. Sur les cordes vocales, la plaque muqueuse est saillante, rosée et ici encore entourée le plus souvent d'un liséré rouge carminé très net; d'autres fois on la dirait produite par un coup d'ongle, tellement l'encoche qu'elle fait au ruban vocal semble nette et bien taillée. Les plaques muqueuses n'occupent pas toujours les deux cordes. On les trouve tantôt

sur l'une, tantôt sur l'autre, et presque toujours au niveau de la face supérieure, plus rarement sur leur bord libre seul qui, je vous l'ai déjà dit, est au contraire le siège de prédilection de l'érythème. Certains auteurs ont donné, des plaques muqueuses, des dessins vraiment trop typiques pour être exacts, car elles sont parfois très difficiles à reconnaître et vous devrez notamment éviter de les confondre avec les simples érosions de la laryngite catarrhale, ou ne pas en voir partout, comme beaucoup sont tentés de le faire.

Il ne faudrait pas prendre comme type constant, la description que je viens de vous faire de cette lésion secondaire. Quelquefois, en effet, la membrane muqueuse qui entoure ces plaques est tuméfiée, et l'œdème, ainsi constitué, peut acquérir des proportions telles, qu'il devient une cause de danger pour le malade. Vous pourrez voir survenir, sous l'influence de ce gonflement, de la sténose laryngée ou des accès de suffocation nécessitant sans retard l'intervention du traitement spécifique et parfois même le traitement chirurgical. Cet œdème, ou plutôt cette tuméfaction inflammatoire secondaire, occupe habituellement l'épiglotte et ses replis, plus rarement les bandes ventriculaires ou la région sous-glottique. C'est chez les syphilitiques abusant de leur voix, du tabac ou de l'alcool, que l'on rencontre plus particulièrement ces complications graves de la période secondaire, comme on voit chez eux les plaques buccales, pharyngiennes s'ulcérer et devenir même phagédéniques. Des cautérisations violentes et intempestives de la muqueuse vocale peuvent aussi déterminer l'éclosion de ces accidents.

Plus rarement, vous observerez dans le larynx, à la période secondaire, des poussées polypiformes, de véritables crêtes de coq, ou condylomes de la muqueuse. Bien que cette lésion soit assez rare, elle existe cependant et je puis encore, en ce moment, en observer deux cas bien nets; le premier concerne

une fillette de six ans et demi dont les piliers antérieurs du voile du palais et la face linguale de l'épiglotte sont absolument garnis de tumeurs papillaires d'un blanc grisâtre presque rosé en certains points, très étalées à la surface de la muqueuse qui, au premier aspect, semble recouverte d'une fausse membrane irrégulière. Ces lésions, complètement disparues une première fois grâce au traitement spécifique (liqueur de Van Swieten, iodure de potassium, attouchements iodés et au nitrate acide de mercure soluté au 1/10 alternés), viennent de reparaître après un mois de suspension du traitement. L'enfant a très probablement une syphilis héréditaire qui évolue depuis un an ou dix-huit mois environ. Le deuxième fait est relatif à une femme âgée de cinquante-cinq ans dont l'observation sera publiée ultérieurement par le Dr Lacoarret. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*. Juillet 1890.) J'avais aussi rapporté dans ma thèse un autre fait bien net observé chez une femme adulte. Ici la lésion occupait les bandes ventriculaires et, comme dans ma première observation, dans mon cas, les condylomes disparus sous l'influence du traitement spécifique, ne tardèrent pas à reparaître dès que la malade supprima sa médication.

Les tumeurs condylomateuses constituent, sachez-le bien, une lésion tenace, récidivant avec facilité et disparaissant très lentement, malgré le traitement le mieux institué.

La dernière série des accidents secondaires de la syphilis de l'organe vocal est constituée par des paralysies. Celles-ci ont été constatées par nombre d'auteurs et Morell-Mackenzie, Massei, Liebermann, Poyet et Ch. Mauriac en ont rapporté de nombreux exemples auxquels j'en pourrais joindre quelques-uns tirés de ma pratique personnelle. Ces paralysies, manifestement indépendantes de toute compression appréciable des récurrents, présentent ce fait singulier qu'on les a presque toujours observées à gauche. Est-ce une coïncidence? C'est

probable, car il serait difficile d'expliquer le pourquoi d'une semblable localisation. Y aurait-il là une compression due aux ganglions péritrachéaux hypertrophiés ne pouvant être constatée à l'examen extérieur du malade? C'est là évidemment une explication plausible dont on peut, vous le comprenez, constater les effets, aussi bien du côté gauche que du côté droit. Quant aux altérations myopathiques, leur existence est plus problématique. Un fait important dans ces cas est la localisation habituelle de la paralysie à l'un des côtés du larynx. Suivant les muscles paralysés, vous trouverez la corde vocale atteinte, dans l'une des situations que je vous décrirai plus tard, lorsque nous étudierons les troubles de la motilité des rubans vocaux ; il me suffit aujourd'hui de vous les signaler. Rappelez-vous encore, qu'à l'examen laryngoscopique, vous trouverez habituellement la corde atteinte placée sur la ligne médiane dont elle s'écartera peu ou pas pendant l'inspiration.

S'agit-il ici d'un spasme des adducteurs ou d'une paralysie de l'abducteur (crico-aryténoïdien postérieur)? Ce sont là deux hypothèses sur lesquelles nous aurons à revenir dans une autre leçon. (Voir Paralysies des dilatateurs crico-aryténoïdiens postérieurs.)

Telles sont donc, Messieurs, les différentes lésions que vous pourrez rencontrer dans le larynx, à la période secondaire de la syphilis; les deux dernières de ces altérations servant, pour ainsi dire, de transition entre la deuxième et la troisième période que nous étudierons bientôt.

Voyons maintenant quels troubles fonctionnels correspondent aux manifestations que je viens de vous décrire.

Tout d'abord, l'érythème se manifeste simplement par une modification du timbre vocal qui devient grave, rauque, dur et désagréable à entendre (raucedo syphilitica). Dans quelques cas très prononcés, vous pourrez même ren-

contrer de l'aphonie plus ou moins complète pendant l'émission de certains mots.

Les plaques muqueuses de l'organe vocal n'occasionnent pas de douleur, à peine une gêne légère à la déglutition, et cette gêne devient plus marquée quand les lésions sont à l'arrière-gorge et surtout, au dire des auteurs, dans les cas d'ulcérations profondes de l'épiglotte. Du côté de la voix, vous retrouvez encore de la raucité, si les plaques sont situées sur les cordes vocales; de la dysphonie, une voix bitonale et même de l'aphonie complète, suivant le siège de la lésion.

Dans les cas de paralysie, si les adducteurs sont pris, le malade peut être aphone ou simplement avoir de la dysphonie, suivant que l'air passe entre les cordes vocales, sans produire de vibrations, ou que les deux rubans peuvent encore se mettre presque en contact et produire un son plus ou moins altéré comme timbre.

Lorsque la lésion intéresse, non pas les constricteurs, mais bien les dilatateurs, le ruban pourra se trouver en position vocale et vibrer pendant l'effort; alors, comme conséquence, vous observerez une voix à peu près normale, malgré la paralysie ou la contracture, suivant l'existence de l'une ou l'autre de ces lésions.

En dehors des troubles vocaux, vous constaterez rarement, à cette époque, des symptômes plus graves, tels que douleur à la déglutition, gêne respiratoire.

Pour produire la dysphagie, il faudrait voir survenir des ulcérations ou des inflammations vives de la muqueuse épiglottique, lésions assez rares, je vous l'ai déjà dit; quant aux troubles de la respiration, ils pourraient être la conséquence ou de gonflement œdémateux de la muqueuse laryngée, ou de paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs, fait absolument exceptionnel à cette période de la syphilis.

Accidents tertiaires. — La leçon précédente a été consacrée aux lésions primitives et secondaires de la syphilis dans ses manifestations laryngées; aujourd'hui nous allons passer en revue les accidents tertiaires de cette affection.

Ces manifestations peuvent apparaître du côté de l'organe vocal à une époque quelquefois éloignée de l'infection première. Si, en effet, dans la majorité des cas, les lésions tertiaires de la syphilis se montrent assez rapidement du côté de la peau ou même des organes importants, ces mêmes altérations sont, au contraire très tardives dans leur apparition du côté de l'organe vocal. En effet, si Türck a pu citer un cas de syphilis tertiaire précoce survenue au sixième mois, nous pouvons, avec M. le Dr Ch. Mauriac, le savant syphiligraphe de l'hôpital du Midi, considérer qu'une laryngopathie vraiment tertiaire qui se produit à la fin de la troisième année, peut être regardée comme précoce.

Il est, au contraire, relativement habituel de voir les poussées tertiaires survenir dix, quinze et même vingt ans après l'infection syphilitique. Bien plus, on a cité des exemples où ces mêmes accidents étaient apparus trente-cinq ans après que le chancre avait été contracté.

Étiologie. — Quant aux causes des manifestations syphilitiques tardives, elles sont absolument les mêmes que celles des accidents secondaires et je ne crois pas devoir y revenir ici; c'est à la même période de la vie qu'apparaissent ces lésions, sans être cependant, très rares au-dessus de soixante ans. C'est ainsi que s'il faut vous citer un exemple, je vous dirai que Morell-Mackenzie rapporte seize cas de syphilis tertiaire observés chez des individus ayant dépassé la soixantaine.

D'autres fois, la syphilis tertiaire apparaîtra presque d'emblée *comme lésion héréditaire.* Rauchfuss et Semon ont rapporté des observations de cette nature, concernant des

enfants de cinq à six ans; observations qui sont aujourd'hui beaucoup moins rares qu'on le supposait autrefois. Plusieurs d'entre vous ont pu en voir quelques exemples à la clinique.

Il vous faudra donc songer à la possibilité de pareils accidents, même en présence d'enfants relativement jeunes. Parmi les faits de ce genre les plus typiques qu'il m'a été donné d'observer, je vous citerai l'exemple d'une fillette âgée aujourd'hui de six ans et demi et qui, depuis deux ans, déjà est porteuse d'une canule dont une sténose laryngée avait nécessité l'introduction. Opérée d'abord pour un soi-disant croup, je pus me convaincre à l'examen laryngoscopique, que cette enfant présentait les lésions manifestes d'une syphilis héréditaire, dont le traitement spécifique eut raison en peu de temps. La famille conserve la canule à cette fillette dans la crainte de nouvelles poussées qui, je dois le dire, reviennent avec assez de facilité, mais sont bientôt enrayées par les traitements mercuriel et iodique combinés.

La syphilis héréditaire précoce et même tardive constitue aujourd'hui un fait parfaitement établi aussi bien pour le larynx que pour le voile du palais, l'arrière-gorge et les fosses nasales, et pour ne parler que des organes qui nous intéressent, vous connaissez tous les remarquables recherches de M. le professeur Fournié à ce sujet.

Plus fréquentes sont les manifestations survenant au-dessus de l'âge de dix ans et, sans vous rappeler que Czermack lui-même en avait cité un exemple, je pourrais vous signaler les observations de M. J. M. Mackenzie, de Poyet, Bobone, Schnitzler, etc., et enfin le travail récent de mon ami le Dr Cartaz sur cette intéressante question.

On peut dire que la syphilis tertiaire se manifeste dans le larynx de trois façons différentes : vous trouverez, suivant les cas, une simple tumeur gommeuse, soit une gomme superficiellement ulcérée, une ulcération végétante, profonde, avec

altération du squelette, soit une occlusion laryngienne par une membrane cicatricielle et des déformations de l'organe occasionnant un rétrécissement du calibre du larynx.

La gomme, ayant le plus souvent l'aspect d'une infiltration diffuse, peut au contraire se montrer sous forme de tumeur bien nette, mais ce dernier cas est cependant le plus rare. Vous verrez donc une gomme infiltrée diffuse, ou la même lésion dite circonscrite; c'est la répétition de ce que vous observez dans les autres organes.

A. — *Les tumeurs gommeuses* sont lisses, jaunâtres, mais cet aspect n'est pas toujours caractéristique à cause des mucosités qui souvent encombrent le larynx et à cause aussi de l'œdème péri-inflammatoire qui circonscrit les gommes. Cependant cet aspect s'observe quand la gomme vient à se ramollir et à s'ulcérer; de plus, il n'est pas rare alors de trouver tout autour, une, deux ou trois saillies globuleuses, dont les dimensions sont du reste très variables. Leur grosseur qui atteint quelquefois celle d'une cerise ou d'une noisette, peut n'être pas supérieure à celle d'un grain de plomb.

Elles varient aussi quant au nombre, car elles forment parfois un véritable semis confluent constituant le nodule syphilitique. Enfin, elles peuvent former de grosses nodosités circonscrites dont la surface est parfaitement lisse et unie.

Les gommes siègent, par ordre de fréquence, sur la base de la langue, sur l'épiglotte, sur les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques, et enfin sur les cordes vocales inférieures et dans la région sous-glottique. Sommerbrodt placerait les cordes vocales en seconde ligne avant les bandes ventriculaire, mais mon expérience personnelle ne confirme pas jusqu'à ce jour une pareille assertion. D'après Eppinger elles n'auraient aucun siège particulier de prédilection et on pourrait les voir apparaître partout où existe dans le larynx un tissu con-

jonctif riche en vaisseaux ; d'où leur fréquence dans le tissu conjonctif sous-muqueux.

La gomme, sous la forme infiltrée, a l'aspect d'un bourrelet tuméfié, rouge, inflammatoire, et cela sur les bandes ventriculaires spécialement. D'autres fois, la lésion est bilatérale ou bien elle est située à la région sous-glottique, comme chez la malade que je vous montrerai tout à l'heure à la fin de notre leçon. L'infiltration gommeuse serait dans ces cas, d'après certains auteurs, produite par inoculation directe du virus syphilitique provenant du voisinage; aussi l'observerait-on surtout dans les points les plus exposés au frottement et à l'écoulement de la sécrétion, comme sur les cordes vocales, l'épiglotte et au niveau de la paroi postérieure du larynx.

Sur l'épiglotte, la gomme produit au contraire des déformations parfois considérables de l'opercule qui se trouve soit déjeté en dehors, ou comme replié sur lui-même, ou obturant complètement l'orifice du larynx, suivant que l'infiltration est médiane, latérale ou occupe l'organe tout entier. Souvent c'est à sa base, au niveau du repli glosso-épiglottique médian, que siège l'infiltration qui rend alors cet opercule immobile, rouge et relevé sur sa base épaissie et infiltrée.

B. — *Les ulcérations*, que vous pouvez considérer comme la deuxième manifestation du processus gommeux, débutent souvent par la surface de la muqueuse. Légères au début, elles gagnent ensuite en largeur et en profondeur, détruisant la muqueuse, le tissu sous-muqueux et arrivant même jusqu'au cartilage qui s'ossifie d'abord et se nécrose ensuite. Ce processus s'effectue d'ordinaire avec une grande rapidité; la région se tuméfie, se déforme, et souvent vous trouvez le larynx rempli de végétations polypiformes, granuleuses, rouges, recouvrant la plus grande partie de l'organe et même

l'orifice glottique tout entier, au point de nécessiter une intervention chirurgicale.

Les ulcérations atteignent le plus ordinairement l'épiglotte qu'il n'est pas rare de voir perforée, ou réduite en lambeaux, déchiquetée par des ulcérations de formes variables, s'étendant sur les côtés du larynx ou dans l'intérieur de cet organe. Vous avez alors sous les yeux des pertes de substance de forme irrégulière, frangées sur leurs bords, dentelées, dont le fond est d'un gris sale, terne, recouvert de matière purulente. Le raclage avec l'ouate ou le pinceau ne modifie guère cet aspect spécial de l'ulcère. Les bords sont en général saillants, plus ou moins taillés à pic dans certains cas; d'autres fois, décollés par le processus ulcéreux qui s'étend au-dessous, creusant un véritable cratère souterrain. C'est alors que surviennent ces décollements de la muqueuse qui, à moitié détachée, flotte dans l'intérieur du larynx et produit la suffocation, si l'on n'intervient pas avec la pince. On a attribué aux ulcères, suivant qu'ils étaient consécutifs à de simples infiltrations ou bien à des gommes syphilitiques, des caractères différents. C'est ainsi que ceux qui proviennent des infiltrations seraient irréguliers avec des bords peu saillants, rarement décollés et fréquemment entourés d'un cercle rouge. Ces pertes de substance s'étendraient surtout en largeur, et ne détermineraient que très rarement de la périchondrite ou des altérations des cartilages.

Quant aux ulcères consécutifs aux gommes, ils seraient nettement délimités avec des bords renflés, creusés comme à l'emporte-pièce, ayant de la tendance à s'approfondir et à gagner le périchondre et le cartilage.

Souvent alors le processus ulcéreux suivant sa marche envahissante, détruit peu à peu l'épiglotte qui se trouve réduite à un véritable moignon difficile à reconnaître, ou affecte les formes les plus bizarres, parfois même n'existe plus du tout, rem-

placée alors par une sorte de petit bourgeon placé à l'orifice du larynx sur la base de la langue. MM. Pérone et Isambert ont, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1875), signalé un cas de ce genre, absolument remarquable comme étendue de lésion, et vous trouverez dessinée dans mon travail inaugural (1879), une ulcération serpigineuse ayant coupé l'épiglotte vers sa partie médiane, laissant un lambeau qui venait se recroqueviller au-dessus de la lumière glottique.

Vous comprendrez, Messieurs, que je n'entre pas dans une description détaillée des différentes manières d'être de l'ulcération syphilitique du larynx. C'est un véritable Protée insaisissable dont les formes varient, je puis le dire, avec chaque malade.

La destruction de l'épiglotte, dans les cas de syphilis, viendra encore corroborer ce que je vous disais dans une précédente leçon, à savoir que l'opercule glottique ne joue dans la déglutition qu'un rôle absolument secondaire.

C. — *Périchondrite.* — Chez quelques malades, le périchondre et le cartilage sont envahis les premiers, et l'ulcération est alors secondaire. Lorsque le processus suit une marche de ce genre, vous assistez assez promptement à une désorganisation de la charpente de l'organe vocal. C'est dans ces cas que vous voyez se produire ces vastes délabrements avec élimination de cartilages nécrosés (aryténoïdes, cricoïde, etc.). La tuméfaction devient visible à l'extérieur et, si le processus nécrosique n'est pas arrêté dans sa marche, vous pouvez voir survenir un véritable effondrement de la charpente laryngienne, avec les menaces d'asphyxie qu'elle comporte. Il est rare, toutefois de voir se produire des altérations aussi profondes du squelette, le traitement venant ordinairement enrayer les progrès du mal. Si ce dernier est trop tard institué, vous assistez à l'éclosion des lésions sérieuses sur lesquelles je viens d'appeler votre attention. Ce que vous ne devez jamais

oublier, Messieurs, c'est que tout est possible en syphilis, et que dans ces formes profondes de la maladie, les plus graves accidents pourront apparaître au moment où vous y penserez le moins.

D. — *Laryngosténoses. — Cicatrices vicieuses.* — La syphilis est grave, en effet, non seulement à cause des ulcérations qu'elle engendre, de la périchondrite et des autres accidents qui peuvent l'accompagner, mais elle peut l'être encore et surtout par les cicatrices qu'elle laisse à sa suite. Celles-ci, dans certains cas, et suivant les points atteints, peuvent amener des rétrécissements, cause de sténose glottique, et ces sténoses porteront elles-mêmes soit sur le larynx, soit sur la trachée.

C'est ainsi que les cordes vocales pourront adhérer entre elles et se souder dans une partie de leur longueur; dans d'autres cas, existera à leur niveau, un véritable pont membraneux, constitué par une bride fibreuse, s'étendant de l'une à l'autre corde. Ces faits ne sont point aussi exceptionnels que vous pourriez le supposer tout d'abord, puisque M. Etchbarne a pu, dans son travail inaugural (1878), réunir douze exemples de ce genre; au Congrès de Londres en 1881, M. Poore en a rapporté un cas; on en doit un autre à M. Solis-Cohen qui le signala au même Congrès. A propos de la communication de M. Poore, M. Morell-Mackenzie signala l'observation d'un malade chez lequel l'occlusion occupait la partie antérieure et la partie postérieure de l'orifice glottique; et à ceux qu'il avait déjà mentionnés, M. Etchbarne est venu ajouter deux nouveaux cas, pris à la clinique de M. le Dr Fauvel, son maître. Enfin, Messieurs, je pourrais vous citer deux cas tirés de ma pratique particulière, ce qui constitue déjà un total de dix-neuf observations, sans parler de celles publiées par d'autres auteurs et que j'ai pu oublier de vous mentionner.

C'est surtout chez les jeunes enfants que vous aurez l'oc-

casion d'observer des accidents de ce genre. Prévenus de leur existence, il vous sera plus facile de les reconnaître, bien que n'ayant pas assisté au développement des altérations, dont on ne constate souvent que les effets tardifs.

L'ankylose plus ou moins complète de l'une ou des deux articulations crico-aryténoïdiennes, résultat d'arthrite ou de brides cicatricielles, sera également susceptible de rétrécir le champ respiratoire et de produire une laryngosténose.

Vous pourrez encore observer des occlusions plus ou moins complètes du larynx, par suite de gonflement hyperplasique et de rétractions cicatricielles ou par l'élimination de quelques cartilages. La chose en effet, pour si rare qu'elle soit, se rencontre cependant, et, récemment encore, M. Schiffers a présenté à la Société de médecine de Liège, un cartilage aryténoïde expulsé par un malade syphilitique.

Lorsqu'il s'agira d'un pont membraneux jeté entre les rubans vocaux, vous verrez au laryngoscope et surtout pendant l'inspiration la membrane blanchâtre, plus terne et plus grisâtre que les cordes, occupant généralement le tiers antérieur des cordes et formant alors une sorte de croissant dont le rebord concave regarde en arrière du larynx, par conséquent vers la partie inférieure du miroir; d'autres fois la membrane cicatricielle formera une sorte d'anneau infundibuliforme dont l'ouverture plus ou moins étroite sera généralement ovalaire.

Dans ces cas, les cordes se confondent avec le tissu de cicatrice qui est dur et résistant au toucher. L'orifice, habituellement difficile à dilater, tend au contraire à se rétrécir de plus en plus par suite de la rétraction cicatricielle.

S'agit-il d'une arthrite crico-aryténoïdienne, l'articulation est tuméfiée, froncée et surtout à peu près immobile pendant l'expiration. Si, au contraire, ce sont des brides cicatricielles qui l'immobilisent, l'aspect des traînées blanchâtres, dures,

luisantes en certains points, sclérosées, qui caractérisent les restes de la syphilis des muqueuses, vous le retrouvez ici.

Telles sont donc, Messieurs, à grands traits, les principales modalités de la syphilis du larynx à la période tertiaire. Ai-je besoin d'ajouter que ces lésions peuvent sur le même sujet se trouver combinées et que des brides cicatricielles, traces d'ulcérations guéries, sont compatibles avec des infiltrations gommeuses consécutives à de nouvelles manifestations d'une diathèse toujours vivace?

Existe-il à la période tertiaire de la syphilis des paralysies laryngées comme nous en avons décrit à la période secondaire? Le fait est possible, et M. Ch. Mauriac en rapporte plusieurs exemples dans un travail récent (1889); mais, comme le dit cet auteur, la pathogénie de ces troubles est difficile à expliquer. Les lésions musculaires, les altérations des filets nerveux périphériques, les compressions des nerfs eux-mêmes à leur origine, ont été successivement imaginées par M. Mauriac; mais ce sont là des hypothèses qu'il convient de vérifier sur la table d'autopsie ou bien au microscope. Je ne vous décrirai point les paralysies qui ressemblent de tous points, comme aspect et comme symptomatologie, à celles dont je vous parlerai dans les leçons suivantes.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels n'offrent rien de bien caractéristique.

La voix est communément rauque à la deuxième ainsi qu'à la troisième période de la syphilis et cela suffit souvent à établir le diagnostic. D'autres fois elle est au contraire profondément altérée dans son timbre et même tout à fait éteinte. Vous comprenez aisément que ces modifications dépendront exclusivement du siège de la lésion et de son étendue. C'est ainsi que la voix, pourra être intacte avec des lésions graves de l'épiglotte ou de ses replis, tandis

qu'elle sera plus ou moins altérée si la lésion porte au voisinage des cordes.

En général la toux est nulle, mais vous rencontrerez chez les malades une toux rauque, sonore, presque caractéristique, surtout si la lésion siège dans la trachée.

L'expectoration, nulle habituellement, peut, dans certains cas d'ulcérations étendues, devenir muco-purulente, grisâtre, striée de sang et fétide même ; s'il existe des périchondrites ou de la nécrose des cartilages, elle pourra contenir des débris de cartilages ossifiés et nécrosés.

Du côté de la respiration, les troubles sont parfois insignifiants, mais ils atteignent, dans certaines lésions tertiaires, une intensité considérable. C'est ainsi que vous constaterez tous les degrés de dyspnée respiratoire, depuis la simple gêne intermittente de la respiration jusqu'au cornage continu avec tirage laryngien et asphyxie imminente. Ces troubles, vous le comprenez encore, varieront avec le calibre plus ou moins rétréci de l'orifice glottique. A marche rapide, et surtout prononcée pendant la nuit, dans les cas d'infiltration gommeuse avec ou sans altération occupant la cavité laryngienne, la gêne respiratoire s'établira au contraire lentement dans les sténoses cicatricielles, et elle pourra dans ces cas arriver à un degré considérable et incompatible avec l'existence si le retrécissement se produisait brusquement.

Les syphilitiques semblent s'habituer à la diète respiratoire, et si vous pratiquez l'examen laryngoscopique, vous serez, la plupart du temps, surpris de l'étroitesse de l'orifice glottique et du peu de gêne respiratoire apparent éprouvé par le malade. Le cornage occupe habituellement les deux temps de la respiration; mais il est toujours plus prononcé pendant l'inspiration qui, souvent difficile, produit le phénomène connu sous le nom de tirage lorsque la sténose est très accusée.

La suffocation peut être rapide et même brusque, dans les cas où un fragment de cartilage nécrosé ou un lambeau de muqueuse sphacelé tombe dans les voies aériennes et fait l'office de corps étranger ; mais je me hâte d'ajouter que ces faits sont absolument exceptionnels.

L'haleine est rarement fétide et lorsque vous constatez ce symptôme il faudra chercher soit du côté des fosses nasales, soit du côté du poumon s'il n'existe pas un foyer de nécrose ou de gangrène occasionnant l'apparition de ce symptôme.

Quant à la douleur spontanée, elle fait à peu près toujours défaut et la pression au niveau du larynx est à peu près indolente tant que les cartilages ne sont pas profondément atteints. La déglutition elle-même, souvent facile, s'exécutant sans douleur, devient cependant douloureuse lorsque les lésions inflammatoires occupent l'épiglotte ou la région postérieure; elle peut revêtir un caractère presque aussi aigu que dans la tuberculose laryngée et empêcher les malades de se nourrir. Le vin, le bouillon et en général tous les liquides provoquent une sensation de brûlure, avec répercussion douloureuse dans les oreilles, qui rend l'alimentation difficile. Il arrive aussi que les liquides refluent par les fosses nasales ou s'introduisent dans les voies aériennes et provoquent une quinte de toux violente.

Je ne reviendrai pas sur les troubles de la déglutition sur lesquels j'ai suffisamment insisté, en vous décrivant la laryngite tuberculeuse.

Marche. — Durée. — La marche de la syphilis de l'organe vocal est, d'ordinaire, fort longue. En effet, si les accidents cutanés secondaires disparaissent assez rapidement, il est au contraire de règle de voir l'érythème vocal persister pendant assez longtemps et la *raucedo syphilitica* durer plusieurs mois. Les plaques muqueuses peuvent persister et se

transformer simplement et sur place en lésions tertiaires. Les paralysies unilatérales surtout sont à peu près indéfinies et ne se modifient guère, même avec un traitement bien dirigé, sauf dans les cas où elles sont de date récente. Vous trouverez même, chez bien des malades, des paralysies compensées, et par là je veux dire que l'une des deux cordes vocales étant paralysée et en position cadavérique ou externe, vous verrez sa congénère dépasser la ligne médiane et venir se juxtaposer près d'elle toutes les fois qu'il en est besoin. Ces paralysies compensées seront pour vous l'indice d'une affection remontant à une époque déjà éloignée.

La durée des accidents tertiaires est assez variable et dépend beaucoup de l'intensité de la manifestation et surtout de son degré d'ancienneté. Il est de toute évidence que si le malade vient consulter au début et si le diagnostic est établi, en l'espace de quelques jours les lésions disparaîtront; si au contraire l'ulcération est constituée, si le périchondre et le cartilage sont atteints, c'est par mois qu'il faudra compter avant de voir survenir la guérison. C'est qu'en effet, de par sa situation, le larynx est exposé à des causes nombreuses d'irritation, telles que : poussières, passage de l'air, abus de la voix, etc. Ce sont là autant d'agents qui entretiennent la lésion, font qu'elle diminue moins rapidement et qu'elle récidive avec une ténacité souvent désespérante, surtout chez les fumeurs. Je ne parlerai pas de la déglutition et de l'ingestion des liquides qui sont des causes purement secondaires.

Si la maladie n'est pas traitée, alors, on ne s'étonnera pas de sa longueur et de sa gravité.

Terminaison. — La terminaison de la syphilis du larynx, à la deuxième période, est la résolution. Et cette résolution, complète, ne laisse aucune trace, aucune cicatrice, car les accidents sont purement superficiels.

Quant aux syphiloses tertiaires elles se terminent d'une façon heureuse lorsque le diagnostic est fait d'assez bonne heure et que les altérations de la muqueuse ne sont ni trop graves, ni trop étendues; mais dans les cas où le processus a atteint les couches profondes, lorsque les ulcérations occupent une large surface, il résulte, même de la guérison du mal, des modifications sérieuses de la voix ou des troubles respiratoires dus, soit aux destructions de parties importantes à la phonation, soit à des synéchies ou des cicatrices vicieuses qui entravent plus ou moins ces deux fonctions importantes du larynx.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite syphilitique est parfois très difficile. Si, en effet, on reconnaît aisément l'érythème syphilitique à cause de la coexistence d'autres accidents; si de même il est facile de diagnostiquer les plaques muqueuses, grâce à l'engorgement ganglionnaire, aux lésions de la peau ou du cuir chevelu et de l'arrière-gorge dont elles s'accompagnent, il faut bien dire qu'il en est tout autrement pour les accidents tertiaires.

L'infiltration peut laisser parfois des doutes sur sa nature exacte et l'hésitation être permise entre la syphilis et la tuberculose. Vous devrez vous rappeler que les tuméfactions syphilitiques ont en général une marche beaucoup plus rapide que les infiltrations tuberculeuses; en outre, dans la tuberlose la muqueuse est plus pâle, tandis que dans la syphilis elle est rouge ainsi que les parties environnantes. Néanmoins, et malgré les caractères qui peuvent se fonder sur la rapidité de la marche, sur la précocité et sur l'étendue des ulcérations, on sera assez souvent obligé d'avoir recours au traitement spécifique pour asseoir le diagnostic d'une façon à peu près certaine.

La gomme, en général, se distingue sans peine; on la pourrait

peut-être confondre avec un kyste : mais les kystes sont plus transparents, plus lisses, plus unis, et de plus ils ne s'accompagnent pas de gonflement périphérique de la muqueuse ni des troubles qui en résultent. Il faut aussi vous rappeler que les gommes ont pour habitude de siéger assez souvent à l'épiglotte, à la région inter-aryténoïdienne, aux plis ary-épiglottiques, alors qu'au contraire il est rare d'observer dans ces points d'autres néoplasmes.

Les gommes ramollies ressemblent aux autres ulcérations diathésiques; il est même parfois difficile d'établir un diagnostic différentiel. Les lésions tertiaires, en effet, apparaissent très tardivement; aussi les anamnestiques font-ils défaut souvent, intentionnellement ou non, du reste. Les ulcérations qui prêtent le plus à confusion, sont les ulcérations de nature tuberculeuse; rappelez-vous leurs caractères dont je vous ai fait la description à propos de la phtisie laryngée, et vous noterez entre elles et les ulcérations syphilitiques, certaines différences, qui pourront vous être d'un utile secours pour le diagnostic différentiel.

Je ne m'étendrai pas longuement sur le diagnostic différentiel des deux affections, ayant suffisamment insisté sur ce point dans l'étude que nous avons faite de la tuberculose du larynx. Je me bornerai à vous rappeler que les troubles fonctionnels, et particulièrement la toux, l'expectoration et la dysphagie, sont, d'une manière générale, plus marqués dans la tuberculose que dans la syphilis. La décoloration des tissus, (voile du palais, pharynx), la diffusion des lésions, appartiennent surtout à la première diathèse qui a une préférence marquée pour la région postérieure du larynx; enfin l'état général du malade, l'examen des crachats ou des parties enlevées dans le larynx, serviront encore à éclairer un diagnostic qui sera facile dans la généralité des cas et qu'avec un peu d'habitude du laryngoscope vous arriverez à poser

presque toujours; seuls les cas hybrides offriront une réelle difficulté même à un œil exercé, mais ce sont heureusement des exceptions relativement assez rares.

Parmi les autres altérations du larynx avec lesquelles peuvent encore être confondues les gommes à leur période d'ulcération, il faut surtout compter le cancer. On peut même dire qu'au début, il n'existe pas toujours de signes très nets, sur lesquels puisse se baser avec certitude le diagnostic différentiel.

Dans les deux cas, vous pourrez constater un gonflement sombre, circonscrit, occupant soit l'une des bandes ventriculaires, soit l'épiglotte. Les deux régions sont alors à peu près indolores, et sauf les cas où le malade aura une expectoration sanglante, le diagnostic pourra être difficile. Rappelez-vous alors que l'évolution de la syphilis est généralement plus rapide que celle du cancer au début. Je m'explique : S'agit-il de syphilis, l'infiltration gommeuse ou périchondrique marchera vers l'ulcération, et vous assisterez en général assez rapidement au ramollissement de la gomme. Dans les tumeurs malignes, au contraire, pas d'ulcération aussi rapide, et les choses peuvent même rester stationnaires pendant six mois, un an, et même dix-huit mois ou plus longtemps encore. Vous devrez donc faire grand cas de la marche de la maladie, puisque ce sera pour vous l'un des meilleurs éléments de diagnostic entre la syphilis et le cancer du larynx, au moins à la période d'infiltration de ce dernier.

La douleur constitue encore un signe de diagnostic. Ainsi, les syphilitiques peuvent être atteints de lésions considérables intralaryngées, sans que les malades se doutent même de l'existence de ces altérations, à cause de leur indolence presque complète, et l'on est souvent surpris, à l'examen, par l'étendue et la profondeur des manifestations observées.

Dans le cancer, au contraire, les malades accusent assez

souvent des douleurs spontanées ayant un caractère névralgique, avec irradiations du côté de la nuque. Il est vrai que ce symptôme peut manquer, mais quand vous le rencontrez, vous devez songer à une tout autre maladie qu'à la syphilis. Dans le cancer existent encore de petites hémorragies spontanées que jamais vous n'observerez dans la syphilis.

A la période de tumeur, le diagnostic devient aisé, car il vous est alors facile de voir qu'il s'agit d'un néoplasme malin et non d'un syphilome. Le bourgeonnement du cancer ne saurait être confondu avec une ulcération fongueuse de nature syphilitique, la saillie globuleuse étant moins considérable dans ces cas et les bourgeons plus pâles, ayant un aspect moins mûriforme; la tumeur cancéreuse saigne facilement, est entourée d'une zone inflammatoire et infiltrée que l'on ne retrouve pas à un aussi haut degré dans la syphilis. Rappelez-vous, enfin, que le traitement vous reste encore comme dernière ressource pour les cas douteux. Mais à cet égard il est bon que vous sachiez que la tumeur cancéreuse peut sembler rétrocéder au début du traitement antisyphilitique pour demeurer ensuite stationnaire et ne plus varier après un certain temps. Ce fait a depuis longtemps déjà été signalé par M. Fauvel et son élève M. Blanc; il est bon, je crois, de vous le rappeler à l'occasion.

L'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur pourra, s'il révèle la nature maligne du néoplasme, fixer votre diagnostic; mais sachez aussi que le résultat négatif fourni par le microscope, ne devra pas, de prime abord, vous faire rejeter l'idée d'une tumeur cancéreuse, car l'examen d'une autre partie du néoplasme pourrait révéler son caractère de malignité, et ce n'est parfois qu'après plusieurs examens microscopiques, que la véritable nature de la production morbide pourra être établie.

Le lupus offre des caractères assez nets sur lesquels j'ai

déjà appelé votre attention. Les ulcérations syphilitiques, taillées à pic, sont rouges, tandis qu'elles sont au contraire rosées et pâles, dans la scrofule. Les anciennes ulcérations syphilitiques sont recouvertes d'un tissu fibreux, lisse, nacré. Dans les deux cas on constate des adhérences vicieuses, soit du côté du voile palatin, soit du côté de la paroi pharyngienne. Mais la plupart des cas d'adhérences se rattachent à de la syphilis tardive, car dans la scrofule, les parties sont plutôt rongées, détruites et recouvertes de petits mamelons charnus, scléreux.

Quant à la lèpre, indépendamment des symptômes cutanés, elle offre des caractères très nets, bien mis en relief par M. Ramon de la Sota, qui a étudié, au point de vue du diagnostic différentiel, la lèpre, la syphilis et le cancer. Ces caractères ne permettent pas la moindre confusion. Enfin, s'il existait encore des doutes dans votre esprit, vous pourriez, en dernier ressort, avoir recours à l'examen microscopique.

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis du larynx est loin d'être toujours aussi bénin que celui de la syphilis des autres organes, puisque même à la période secondaire, les accidents peuvent être graves. Si l'érythème est sans inconvénients bien sérieux, il peut cependant survenir, à cette période, de l'hyperplasie suivie d'accidents qui, dans certains cas, nécessitent la trachéotomie. Les œdèmes du larynx, dans la période secondaire de la syphilis, ont été étudiés avec soin par M. le Dr Masson, dans sa thèse inaugurale. Ils constituent, sans qu'il soit besoin d'y insister davantage, un des éléments qui assombrissent le plus le pronostic.

On peut encore, à la période secondaire, avoir des accidents paralytiques qui mettront en danger la vie du malade et rendront obligatoire une intervention chirurgicale. Dans ce dernier cas, l'examen laryngoscopique sera d'un très grand

avantage, car, en vous permettant de diagnostiquer la paralysie, il vous aidera par là même à indiquer sur quel point devra porter la trachéotomie.

A la période tertiaire, les accidents sont beaucoup plus graves encore; souvent même les lésions sont tellement avancées, quand le malade vient réclamer des soins, qu'il n'est déjà plus temps d'y porter remède. Ainsi, chez les malades atteints de nécrose des cartilages du larynx, il pourra exister un effondrement de l'organe vocal, contre lequel tout remède restera impuissant et qui, quoi qu'on fasse, exposera le patient à une mort certaine. Il vous est donc aisé de comprendre, Messieurs, quelle gravité peut revêtir le pronostic quand le diagnostic n'a pas été fait de bonne heure. Cependant, il est permis de dire, en règle générale, que les cas où le pronostic est absolument fatal sont relativement assez rares. C'est qu'en effet, par une intervention opportune, on peut arrêter les ulcérations les plus destructives, mais souvent au prix d'une grande perte de substance et d'une véritable difformité locale.

Grâce à la trachéotomie, on pare aux dangers les plus imminents de la suffocation, dans les cas de nécrose des cartilages et d'ulcérations très étendues des cordes vocales; pourtant il arrivera assez fréquemment que l'organe de la voix soit complètement perdu, et non moins souvent, le malade devra conserver indéfiniment sa canule.

Krishaber a fait remarquer, en outre, que le pronostic était d'autant plus défavorable, que la syphilis se montrait plus près des bronches. On a signalé aussi (Türck) des cas où la mort serait survenue consécutivement à une hémorragie due à une ulcération profonde et étendue des cordes vocales, fait que nous pourrons cependant considérer comme absolument exceptionnel.

Est-il besoin de vous faire ressortir les inconvénients et même les dangers qui peuvent résulter des cicatrices vicieuses (adhérences des cordes, immobilisation des articulations, etc.), des rétrécissements qui pourront survenir dans la suite et aggraver une situation qui semblait favorable ? La guérison devient dans quelques cas graves une véritable complication par les reliquats pathologiques qu'elle laisse après elle.

Traitement. — Le traitement de la syphilis du larynx ne diffère en rien de celui de la syphilis des autres organes ; il doit s'adresser à l'état général et aussi à l'état local.

Certains auteurs préconisent exclusivement le mercure, alors que d'autres croient plutôt à l'efficacité de l'iode. Pour mon propre compte, je conseille de prescrire le mercure, même à la période tertiaire, et cela pour que l'iode puisse agir d'une façon plus efficace. Le premier de ces agents, en effet, amorce pour ainsi dire, le second. Il a aussi pour avantage, d'empêcher les poussées iodiques et d'éviter les congestions produites par l'iode, qui détermine chez quelques malades susceptibles, une véritable irritation de la muqueuse, avec gonflement, dont le résultat est d'augmenter l'asphyxie au lieu de la faire éviter. C'est pourquoi vous devrez autant que possible faire prendre du mercure aux malades. C'est habituellement en frictions, que vous l'emploierez à la période tertiaire, en ayant soin de prescrire, en même temps, du chlorate de potasse à l'intérieur, et de surveiller attentivement l'état de la bouche et des gencives de votre malade.

Un peu plus tard, vous prescrirez de l'iodure de potassium dont vous surveillerez également l'effet, pour savoir comment le supporte votre malade, vous rappelant qu'il suffit parfois d'une médication mal dirigée pour occasionner des accidents. Dans ma pratique particulière, j'ai pour habitude d'administrer aux malades un sirop bi-ioduré, suivant la formule établie par Ricord ; je m'en trouve très bien, car les malades suppor-

tent mieux ce traitement que le simple sirop de Gibert. Voici la formule du regretté praticien :

Bi-iodure d'hydrargyre................	0 15 centigr.
Iodure de potassium..................	15 à 20 grammes.
Eau, ou sirop d'écorce d'oranges amères.	300 —

Deux grandes cuillerées par jour dans du lait ou une infusion amère.

Gottstein estime que le traitement par l'iode a, dans les formes graves, une action bien plus rapide que le mercure. Aussi le prescrit-il dans les cas urgents; il préfère la solution aux pilules quand il y a des ulcérations du larynx parce qu'alors les pilules sont difficilement avalées. Après que tout danger a été conjuré, il conseille aussi d'instituer simultanément un traitement mercuriel, et il recommande de préférence les frictions.

Je dois encore vous signaler ici les injections sous-cutanées de sublimé corrosif, vivement préconisées par Lewin, faites à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 25, que l'on peut, suivant la gravité du cas, répéter au bout de quatre à huit heures jusqu'à disparition du danger mortel. S'il n'y a plus péril en la demeure, on en revient aux doses de 0 gr. 01 à 0 gr. 12 jusqu'à ce que tous les phénomènes syphilitiques aient disparu. Ces hautes doses de mercure ne sont pas sans provoquer des phénomènes toxiques; cependant Lewin assure n'avoir jamais eu à déplorer d'accidents mortels ni même de maladies consécutives. Enfin ce qu'il importe de considérer, c'est que sur 26,000 malades syphilitiques de la « Royale Charité », de Berlin, aucun n'est mort de sténose du larynx. M. Mauriac préfère également la médication iodurée qui, dit-il, doit primer le traitement hydrargyrique dans les cas où l'iode n'est pas contre-indiqué à cause des poussées congestives qu'il détermine parfois.

Quant au traitement local, son efficacité est subordonnée à celle du traitement général; il peut néanmoins accélérer la marche de la guérison. A la période secondaire, on pratiquera des attouchements avec le nitrate acide de mercure, soit au 1/50e, soit au 1/30e; on pourra aussi se servir d'une solution iodo-iodurée ou bien encore d'une solution de nitrate d'argent.

Ces mêmes médicaments seront également d'un emploi utile à la période tertiaire si la sténose ne provoque ni cornage ni tirage. Mais s'il existe des accidents de ce dernier genre, on devra proscrire toute espèce d'attouchement, à moins qu'on n'ait affaire à des malades ayant un larynx parfaitement éduqué et jouissant d'une très grande tolérance. A la période tertiaire de la syphilis du larynx, vous ferez des attouchements avec des solutions iodées, de la teinture d'iode pure, du nitrate d'argent en solution, mais vous ne devrez dans aucun cas négliger d'observer la plus extrême prudence. Parfois, quand les lésions sont extra-laryngées, on peut employer avec succès l'acide chromique suivant le procédé de Hering. Le traitement topique ne saurait être utile dans les cas d'infiltration ou de gommes non ramollies. Les ulcérations seraient avantageusement combattues par des badigeonnages avec les solutions d'iodure de potassium ou d'acide phénique (0,01 jusqu'à 0,12) pour 10 de glycérine. Demarquay, Schnitzler, Waldenburg et autres auteurs, recommandent énergiquement les inhalations de sublimé dans la forme suivante :

Bichlorure hydrarg. corros..................	0 20 cent.
Esprit-de-vin rectifié.........................	50 gram.
Eau distillée..................................	200 »

Inhaler deux ou trois fois chaque jour, depuis la dixième jusqu'à la cinquième partie.

Les ulcérations peuvent laisser à leur suite des cicatrices, des ponts membraneux amenant de la sténose inflammatoire.

Cette sténose se rencontrant assez fréquemment dans les affections syphilitiques du larynx et étant d'autre part justiciable d'un traitement absolument spécial, je crois venu le moment opportun de vous parler du traitement qu'il est convenable de diriger contre elle.

Si vous avez affaire à des *ponts membraneux*, vous devez les sectionner, et à cet effet vous ferez usage du couteau à lame cachée de Whistler ou du galvano-cautère. Rappelez-vous seulement qu'il ne faut pas uniquement vous borner à sectionner les brides fibreuses, car elles ne tarderaient pas à se souder de nouveau ; il faut ensuite pratiquer la dilatation du larynx dont l'orifice tend de plus en plus à se rétrécir.

Le traitement des sténoses laryngées ne compte guère de partisans en France; il semble avoir été surtout pratiqué par M. Petel qui a fait faire sur ce sujet une thèse inaugurale à son élève M. Malfilâtre. A l'étranger, deux auteurs ont tout spécialement pratiqué la dilatation du larynx ; ce sont MM. Tredenlenburg et Schrœtter. C'est ce dernier qui a réellement mis en bonneur le traitement de la sténose laryngée par la dilatation. Cet auteur procède de deux façons différentes, suivant qu'on a préalablement ou non pratiqué la trachéotomie : dans le premier cas, en effet, il se sert de cônes pleins, et emploie, au contraire, des cylindres creux, dans le second cas.

Ce procédé de tubage du larynx n'est pas d'invention étrangère, comme vous pourriez peut-être le croire tout d'abord, puisqu'en 1859, M. Bouchut le préconisait le premier, pour remplacer la trachéotomie dans les cas de croup. Sa proposition fut loin d'obtenir un accueil favorable. Trousseau venait de préconiser la trachéotomie et, tout enthousiasmé de son procédé, il fit une opposition systématique à Bouchut qui succomba sous les attaques de son redoutable adversaire. La question du tubage du larynx dans le croup vient, comme

je vous le disais à l'instant, d'être reprise par les Américains. Vous savez qu'il a rencontré tout récemment, dans la personne de M. O'Dwyer, un adepte très convaincu qui tend peut-être un peu trop à en généraliser l'emploi. S'il faut en croire leurs statistiques, cette pratique aurait, dans bon nombre de cas, donné des résultats favorables. Mais nous n'avons pas à discuter ici la valeur de ce procédé dans le croup, car la méthode de tubage de Schrœtter comporte des indications tout autres que celle de Bouchut avec laquelle elle offre cependant quelques points de ressemblance. C'est du reste à ce titre que je vous ai signalé l'origine française de cette méthode de traitement des sténoses laryngées, diphtéritiques ou autres.

La dilatation du larynx, par suite du perfectionnement apporté aux instruments mis en usage, a été rendue très commode. Je me propose surtout de vous parler du tubage avec les cônes pleins.

Ce procédé consiste dans l'introduction d'un petit cylindre conique dans l'ouverture de la fente glottique.

Si le tubage est pratiqué chez un sujet trachéotomisé, une fois le tube introduit, on le fait pénétrer dans une petite ouverture située à la partie supérieure de la canule trachéale (canule à double courant), et on immobilise le cône dans le larynx, à l'aide d'une petite pince munie d'une vis de pression. Quant on a affaire à un malade tolérant, on emploie des cônes de plus en plus gros. Au début, on ne laisse les cylindres en place que pendant quelques minutes seulement, et plus tard pendant quelques heures; on peut même parfois, d'après Schrœtter, les y laisser une journée entière. Aujourd'hui, l'introduction et la tolérance de ces dilatateurs se trouvent considérablement facilitées, grâce à l'emploi de la cocaïne, dont vous devez toujours faire usage pour anesthésier la muqueuse avant d'introduire vos dilatateurs.

Le traitement de la sténose laryngée par la dilatation, a donné d'excellents résultats, notamment chez les malades condamnés à garder leur canule. Il a été possible, en effet, d'arriver à supprimer cette dernière et parfois même de rendre l'usage de la voix. Aussi, à mon avis, ce genre de traitement mériterait-il d'être vulgarisé. En France, on se borne malheureusement au traitement palliatif, et je considère cette manière d'agir comme absolument défectueuse, puisqu'elle condamne le malade à toujours respirer par sa canule, et par conséquent à traîner une existence pénible et souvent malheureuse. J'ai, pour mon propre compte, pratiqué la dilatation, en modifiant un peu le procédé instrumental. C'est ainsi que chez un malade indocile, au lieu de tubes de Schrœtter, j'ai fait la dilatation en me servant simplement de sondes, genre Béniqué, auxquelles j'avais fait donner la courbure laryngienne. Au moyen de ces sondes, il est possible au malade, absolument comme le font certains retrécis de l'urèthre, d'en arriver à se dilater eux-mêmes et à vaincre ainsi leur sténose laryngienne. Celle-ci disparue, on pourra supprimer la canule et éviter, comme cela s'est vu dans certains cas, la formation de végétations au pourtour de l'orifice de la plaie trachéale. Ces végétations, rares à la vérité, sont néanmoins susceptibles de déterminer des accidents graves, comme l'a montré dans une communication faite au Congrès de Rouen, M. le Dr Petel.

La dilatation du larynx, à nouveau préconisée par M. Hering au Congrès de Londres, a reçu de cet auteur la modification suivante. Au lieu de faire passer le tube dilatateur par la voie buccale pour l'introduire ensuite dans le larynx, M. Hering suit la marche inverse et fait la dilatation de bas en haut, en introduisant le tube par la trachée. Il a aussi pratiqué le tubage du larynx chez des malades complètement sténosés et il a pu de cette façon éviter la trachéotomie. Pour si surprenante que soit la chose, elle est cependant possible,

mais je vous avoue n'avoir pas d'expérience personnelle à cet égard.

Le tubage du larynx offre quelques inconvénients signalés par Hering qui recommande la plus grande douceur dans les manœuvres, ce qui se comprend du reste. Le point capital est de ne pas amener d'inflammation secondaire qui pourrait interrompre le traitement et provoquer de la périchondrite. Aussi, agir doucement et graduellement, telles sont les deux recommandations principales sur lesquelles on doit insister, quand on pratique la dilatation avec des tubes creux. Il faut savoir aussi qu'après avoir enlevé le tube, on peut voir survenir de la sténose laryngée par rapprochement des lèvres de l'orifice glottique.

On a encore préconisé comme agents dilatateurs, les tiges de laminaria; mais elles ont l'inconvénient, en se ramollissant, de s'accoler à la muqueuse par leur face externe et de provoquer ainsi de l'inflammation. Aussi ce procédé n'est-il guère recommandable.

Je ne saurais, Messieurs, terminer ce qui est relatif au traitement de la syphilis laryngée, sans vous parler de la trachéotomie que vous serez parfois appelés à pratiquer dans les cas de ce genre. Malgré toutes vos tentatives, en effet, malgré un traitement approprié vous n'arriverez pas toujours à éviter le rétrécissement de l'orifice glottique : force vous sera alors d'avoir recours au traitement chirurgical. Si vous êtes obligés de trachéotomiser, je crois devoir vous recommander de faire porter votre incision au niveau de l'espace inter-cricothyroïdien. La membrane crico-thyroïdienne est située presque immédiatement au-dessous de la peau, et par suite les difficultés opératoires sont fort minimes. C'est là un avantage dont vous saurez parfois apprécier toute la valeur. Si le cricoïde n'est pas nécrosé et que d'autre part

l'espace inter-cricothyroïdien ne soit pas assez large pour permettre facilement l'introduction de la canule, vous pourrez sans crainte inciser ce cartilage. On avait, en effet, redouté après la section du cricoïde de voir survenir des troubles vocaux et on s'appuyait pour cela sur des exemples qu'on croyait authentiques. Or il n'est que vrai de dire que si l'on a eu des troubles vocaux consécutivement à la section du cricoïde, c'est que déjà la voix était altérée avant l'intervention opératoire. Et de ceci, Messieurs, je pourrais vous citer un exemple remarquable : il a trait à une malade atteinte de rétrécissement syphilitique du larynx que j'avais adressée à mon confrère, M. le professeur agrégé Boursier, et qu'il a opérée, il y a quelques années, à l'hôpital, alors qu'il était chargé du service de la clinique chirurgicale de la Faculté. Chez cette malade, à la suite d'une trachéotomie inter-cricothyroïdienne, nous avons bien observé des troubles vocaux, mais ils correspondaient toujours à des poussées aiguës se produisant du côté de la muqueuse vocale, et disparaissaient ensuite. Actuellement le larynx est dilaté, la canule supprimée et les fonctions vocales sont complètement rétablies. Je ne saurais donc trop vous recommander la trachéotomie inter-cricothyroïdienne qui offre le double avantage d'être d'abord plus facile, et qui, en second lieu, à cause de la situation plus élevée de la canule, permet plus commodément la dilatation par la voie buccale.

Toutefois, si la sténose siégeait à la partie inférieure du larynx (région glottique ou sous-glottique), il faudrait placer la canule au-dessous du premier ou du deuxième anneau de la trachée, de peur que cette dernière, placée trop haut, ne devienne un obstacle à la dilatation. C'est là une remarque que vient encore de corroborer M. le Dr Charazac (de Toulouse), à propos d'un malade opéré, et chez lequel la dilatation fut difficile et longue, précisément à cause de la situation élevée

de la canule (espace crico-thyroïdien) qui gênait l'introduction du dilatateur dans l'espace rétréci.

Tels sont, Messieurs, les différents modes de traitement dont vous disposerez dans une affection qui atteint l'organe vocal à des périodes si différentes de son évolution, et qui se manifeste par des lésions si variées.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Lèpre du larynx.

Sommaire. — La lèpre est assez rare en France ; ses manifestations laryngées ont été peu étudiées. — Elles comprennent trois périodes ; description des principales lésions. — Troubles fonctionnels. Ils sont variables suivant le siège et l'étenduo des lésions. — Anatomie pathologique. — Diagnostic, pronostic et traitement.

Messieurs,

La lèpre est une affection assez rare en France; on la rencontre plus communément dans les autres pays et particulièrement dans les léproseries de Séville, Madère, San Remo, Molde, Bergen, et principalement à Trondjheim qui contient 150 lépreux, dans le village de Reitgjerdel où se trouve l'hôpital.

C'est surtout à MM. Schrœtter, Elsberg, Masini, Thin, Ramon de la Sota, et plus récemment à M. Morell-Mackenzie (1888), que nous sommes redevables des connaissances que nous possédons sur les manifestations de la lèpre dans l'organe vocal.

La lèpre du larynx n'est qu'un phénomène partiel de la

lèpre générale et reconnait les mêmes causes. Sa nature parasitaire paraît être aujourd'hui mise bors de toute contestation. Elle paraît être relativement assez fréquente, car d'après Virchow, même au moyen âge, la « vox rauca » était prise en assez grande considération par les médecins pour qu'ils considérassent comme lépreux tout individu qui avait de la dyspnée avec enrouement. Il est certain qu'à cette époque, de nombreuses erreurs étaient le résultat d'une pareille assertion, mais ce fait suffit pour nous démontrer que les manifestations lépreuses du côté du larynx étaient déjà connues à cette époque.

Symptômes. — La lèpre se manifeste dans le larynx de différentes façons:

M. Wolff, dans un cas, a constaté du catarrhe chronique avec hypertrophie de la muqueuse du larynx et tuméfaction simultanée des cordes vocales et de la région inter-aryténoïdienne.

Il existait en outre, sur les diverses parties de l'organe vocal, une vascularisation très prononcée avec coloration jaune rougeâtre. De plus, on remarquait de petites tumeurs papillaires disséminées sur différents points de la muqueuse.

Le laryngoscope révélait enfin un certain degré de parésie musculaire avec gêne de la phonation et de la respiration. Gibb a signalé des pertes de substance au niveau de l'épiglotte et des cordes. Schrœtter constata des tubercules isolés comme vous pouviez en observer, il y a quelque temps, chez un malade du service de M. le professeur Vergely à l'hôpital Saint-André de notre ville, malade que j'ai eu l'occasion d'examiner et que je vais vous montrer aujourd'hui.

Elsberg en a vu un cas dans lequel existait de la tuméfaction de l'épiglotte, qui était en même temps recouverte de masses tuberculeuses; des excroissances plus petites occupaient les replis ary-épiglottiques.

J'ai moi-même, en 1879, examiné dans le service de M. Besnier, un malade chez lequel on constatait de la tuméfaction de l'épiglotte, qui avait une forme arrondie, tuméfiée et villeuse, et faisait ressembler cet opercule à la coque extérieure d'une châtaigne, avec toutes les saillies qui lui donnent l'aspect hérissé que vous connaissez tous.

Vous le voyez donc, Messieurs, il existe des symptômes laryngoscopiques assez variés, au moins en apparence, mais, comme le dit très bien M. Masini, ces différences coïncident avec des périodes diverses de la maladie. On peut en effet, assigner à la lèpre trois périodes distinctes : 1° période d'érythème caractérisée par de la rougeur; 2° période d'infiltration (gonflement inflammatoire avec ou sans dépôt de tubercules isolés); 3° période d'ulcération ou de nécrose se rapportant aux cas de Gibb et de Mackenzie.

En résumé, on peut dire qu'au début, la muqueuse du larynx est couverte de petites nodosités, ressemblant assez bien, d'après Virchow, aux papilles syphilitiques.

Ces nodosités sont quelquefois disséminées; mais elles peuvent manquer dans certains cas ou, au contraire, se grouper si intimement que la muqueuse paraît comme infiltrée avec épaississement considérable des parties. Si les nodosités s'ulcèrent, ce qui serait très fréquent, il s'ensuit des perforations cartilagineuses et les ulcérations peuvent à leur tour donner lieu à de la sténose. Les ulcérations sont plus ou moins arrondies, mais leurs bords sont plats et indurés.

Parfois, l'épiglotte et la région postérieure aryténoïdienne sont seules atteintes; d'autres fois c'est l'intérieur même de l'organe qui est malade et dans ces cas, la respiration se trouve fort compromise. L'opercule glottique peut aussi disparaître ou former des adhérences avec la base de la langue; enfin les poussées d'œdème aigu ne sont pas, au dire du Dr Kaurin,

de Molde (cité par Morell-Mackenzie), aussi rares qu'on pourrait le supposer, et dans ces cas, les malades succombent rapidement aux progrès de l'asphyxie. C'est surtout dans la troisième période que cet accident est à craindre.

J'en aurai fini avec la description des lésions lépreuses, lorsque j'aurai ajouté que la plupart du temps, la luette, le voile palatin, souvent même le pharynx, sont plus ou moins atteints d'infiltration ou d'ulcération. Les fosses nasales, elles-mêmes notablement rétrécies par la coarctation des narines, ou les lésions de la pituitaire, complètent ce tableau du lépreux arrivé à une période confirmée de son mal.

Les symptômes fonctionnels varient suivant les parties atteintes. Si c'est l'épiglotte qui est en cause, la sensibilité pourra être diminuée et parfois même abolie. Au début, cependant, il vous arrivera de constater l'intégrité de la sensibilité laryngée. Si les lésions portent sur les bandes ventriculaires ou les replis ary-épiglottiques, vous observerez des troubles correspondant à la lésion. De même la gêne respiratoire sera le corollaire obligé de la tuméfaction de la région glottique, du gonflement œdémateux des replis ary-épiglottiques ou de la sténose inflammatoire causée par la lésion.

D'après les recherches de Morell-Mackenzie, les modifications vocales apparaissent de deux à onze ans après le début de la lèpre. La voix, généralement normale au début, ne tarde pas à devenir rauque, puis nasonnée, par lésion du voile palatin ou des fosses nasales; nasillarde, puis étouffée et même tout à fait éteinte à la dernière période de la maladie.

La toux est nulle, car la sécrétion laryngée est plutôt diminuée qu'augmentée par suite de la disparition du tissu glandulaire. Les symptômes fonctionnels sont donc bien peu prononcés, et ce n'est pas sur leur apparition qu'il faudrait vous baser, pour savoir si la muqueuse laryngée est atteinte ou si elle est encore saine.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique est la même que celle de la lèpre en général, ainsi qu'il résulte des études complètes faites par Virchow sur ce sujet.

Les nodosités renferment de nombreuses cellules de tissu conjonctif intimement réunies et contenant entre elles des noyaux libres. Noyaux et cellules paraissent surtout groupés autour des vaisseaux sanguins et des glandes muqueuses. Le gonflement de la muqueuse est le résultat de l'infiltration du tissu par les éléments lépreux, de l'œdème et de l'hyperplasie du tissu conjonctif. L'épithélium est généralement sain, sauf dans les points ulcérés, et le cartilage presque toujours normal. Le point capital, ainsi que l'ont démontré MM. Masini et Tbin, est la présence de cellules rondes, analogues aux corpuscules sanguins et contenant de un à plusieurs bacilles de la lèpre. Le tissu glandulaire disparaît en grande partie.

Diagnostic. — Il est en général très facile par la raison fort simple que toujours la lèpre du larynx est précédée de manifestations cutanées. Virchow prétend néanmoins qu'il peut exister une certaine ressemblance entre les altérations laryngiennes de la lèpre et celles de la syphilis et même du lupus, mais je crois avoir suffisamment insisté sur le diagnostic différentiel dans les leçons précédentes pour qu'il me soit inutile d'y revenir ici.

Pronostic. — Le pronostic de la lèpre est variable, mais toujours grave. En effet, la lèpre étant une affection essentiellement chronique, a des tendances à persister dans les points où elle s'est montrée; mais il se peut néanmoins que sa présence ne détermine aucun trouble sérieux compromettant l'existence du malade. S'accompagne-t-elle, au contraire, de tuméfaction et siège-t-elle au niveau de l'orifice glottique, les choses changent alors de face, car le malade est menacé d'asphyxie et souvent la trachéotomie devient nécessaire.

Traitement. — Quant au traitement, on peut dire qu'il est très difficile, car fréquemment il arrive qu'il est infructueux. Le meilleur traitement consiste en soins hygiéniques et prophylactiques. Localement, vous pourrez faire des attouchements à l'acide lactique; à l'intérieur, vous administrerez l'ichtyol ou les divers médicaments préconisés contre cette terrible maladie, mais ce sera sans grand espoir de succès. Vous devrez dans tous les cas, songer à parer aux complications qui pourraient se produire, et vous préparer à pratiquer la trachéotomie s'il y avait menace de suffocation.

AFFECTIONS NEURO-MUSCULAIRES DU LARYNX

VINGT-CINQUIÈME ET VINGT-SIXIÈME LEÇONS

A. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Division du sujet. — Anesthésie. — Hyperesthésie.
Névralgies. — Paresthésie.

MESSIEURS,

On divise les affections nerveuses du larynx en deux classes principales qui sont : *A.* Les névroses de la sensibilité; *B.* Les névroses du mouvement.

Dans le premier groupe on distingue quatre sortes de troubles que vous trouverez souvent combinés entre eux chez le même malade; ce sont : l'*anesthésie*, l'*hyperesthésie*, la *paresthésie* et les *névralgies*. La seconde classe comprend : la *parésie* ou *paralysie* et le *spasme*. Nous verrons en exposant séparément chacune des altérations nerveuses de ce deuxième groupe, les subdivisions que nous serons obligés d'adopter pour rendre cette étude plus simple.

Nous commencerons par les troubles de la sensibilité que nous décrirons dans l'ordre que je viens de vous indiquer.

Anesthésie.

Sommaire. — Son étiologie; elle est d'origine centrale ou périphérique. — Symptômes fonctionnels. Moyen de constater l'anesthésie du larynx ; sa marche est variable. — Le diagnostic de la lésion est facile, mais la cause première est souvent difficile à reconnaître. — Pronostic. — Traitement.

Étiologie. — L'anesthésie de l'organe vocal s'observe soit comme conséquence de lésions centrales, soit à la suite de lésions périphériques. Il faut cependant noter que chez certains individus, la diminution de la sensibilité normale de la muqueuse du larynx est très nette sans qu'il existe à proprement parler de lésion véritable. Aussi ne faut-il pas ranger les cas de ce genre parmi les faits pathologiques.

L'anesthésie de la muqueuse laryngienne consécutive à des affections centrales, se rencontre dans les lésions bulbaires. Celle qui est due à des affections périphériques reconnaît des causes multiples : c'est en première ligne la diphtérie qui peut donner lieu à une forme très grave, se manifestant quelquefois par des troubles laryngés, mais le plus souvent du côté du pharynx. J'ai fréquemment constaté de l'anesthésie chez les personnes atteintes de tuberculose de l'organe vocal. Romberg l'a signalée dans les cas graves de choléra; c'est du reste le seul auteur qui ait fait nettement des recherches dans cette direction. Elle existe toujours dans les cas de destruction du nerf laryngé supérieur et aussi de l'inférieur.

C'est dans l'hystérie qu'on la rencontre le plus souvent. Elle se traduit alors par des zones plus ou moins limitées d'iosensibilité dans le pharynx, le larynx et même jusque sur la muqueuse de la trachée. D'après Chairou et Thaon, de Nice, elle siégerait principalement sur l'épiglotte, et suivant ce dernier auteur, la perte de sensibilité de l'épiglotte coexiste-

rait avec des plaques d'anesthésie cutanée situées du même côté que celles de l'organe vocal. M. le Dr Pitres et moi-même, avons constaté que les troubles dont il s'agit n'occupaient pas seulement l'épiglotte, mais aussi tout l'organe vocal; on peut en effet titiller le larynx, le pharynx et le voile du palais sans produire de réflexes. L'anesthésie pourrait en outre se montrer constamment chez certains épileptiques pendant les crises et même se continuer quelque temps après. Enfin on l'observe dans l'état narcotique et parfois dans l'hémiplégie.

Schnitzler, en ayant constaté un cas dans lequel il existait en même temps de l'hyperalgésie, a cru devoir le désigner sous le nom d'anesthésie douloureuse du larynx.

Symptômes. — Les symptômes sont souvent très peu marqués, sauf dans les cas de lésion centrale qui s'accompagnent de dysphagie par suite de la perte de la sensibilité motrice des muscles constricteurs. La déglutition se fait mal, les malades avalent de travers; les aliments qui sont demi-liquides, comme le lait, ont une tendance à tomber dans les voies aériennes. Je dois cependant vous faire observer que la véritable cause de la pénétration des parcelles alimentaires dans les voies aériennes, semblerait due à la paralysie concomitante des muscles dépresseurs de l'épiglotte plutôt qu'à l'anesthésie de la région supérieure du larynx.

Dans les cas les plus ordinaires, les sujets éprouvent à l'arrière-gorge la sensation d'un corps étranger, et vous pourrez reproduire artificiellement cette sensation en badigeonnant la muqueuse avec une solution de cocaïne au 1/10e par exemple. On s'explique facilement que l'épiglotte et la base de la langue puissent faire dans ce cas l'office de corps étrangers sur les autres parties sensibles de la muqueuse laryngée; l'expérience qui consiste à insensibiliser la mu-

queuse vocale, *pour reproduire artificiellement* la sensation de corps étrangers, ou de resserrement éprouvé par certains malades, explique bien l'apparition de ce symptôme accusé par les hystériques.

L'anesthésie peut être limitée à une partie du larynx, n'exister que d'un côté ou être bilatérale. C'est par l'emploi de la sonde laryngienne promenée sur les divers points de la muqueuse, que vous arriverez à constater son degré et son siège. Habituellement la perte de la sensibilité n'est pas absolue, car le malade perçoit encore le froid et le chaud; l'abolition de ces sensations serait l'indice d'un trouble nerveux profond.

Si vous pratiquez l'examen laryngoscopique, vous trouvez l'épiglotte appuyée contre la base de la langue; la muqueuse qui la recouvre, le plus souvent normale, peut être aussi plus ou moins vascularisée, ce qui résulte des contusions exercées par le contact des aliments; mais c'est là un fait assez rare et indiquant, lorsqu'il existe, une perte déjà ancienne de la sensibilité tactile du larynx.

Marche. — Durée. — La marche de l'anesthésie est variable ainsi que sa durée; elles dépendent surtout de la cause qui a donné naissance à l'affection : si elle est d'origine bulbaire, la marche peut être rapide et son pronostic grave. Si elle est consécutive à la diphtérie, il est rare que l'anesthésie disparaisse sous l'influence du traitement. Dans la tuberculose, ces anesthésies survenant à la dernière période de la maladie et étant dues à des compressions et même à des dégénérescences des nerfs laryngés, n'ont aucune chance de disparaître.

Dans les cas de compression du nerf laryngé supérieur ou inférieur, la décompression sera annoncée par le retour de la sensibilité. Enfin, dans l'hystérie, cette anesthésie pourra se déplacer, atteignant tantôt un point du larynx et tantôt une

autre partie du corps, suivant en cela la marche habituelle des zones d'anesthésie dans cette névrose.

Diagnostic. — Souvent les affections centrales n'offrent d'autres symptômes que les troubles de la sensibilité du larynx. Il en est ainsi des gommes cérébrales que le siège de certaines plaques anesthésiques a servi parfois à faire reconnaître, et vous devrez tenir pour suspects, les malades chez lesquels les aliments auront une tendance marquée à pénétrer dans les voies aériennes. Cependant, en toute occasion, l'examen laryngoscopique et l'emploi de la sonde laryngée seront indispensables pour asseoir le diagnostic. Les antécédents du malade constitueront eux-mêmes un adjuvant précieux. Ziemssen se rend compte de la sensation à la douleur au moyen du courant électrique; pour cela, il emploie une électrode très fine, de façon à avoir un courant tout à fait localisé.

Le pronostic est, avec la marche de la maladie, variable suivant les causes. Il faut bien vous rappeler que lorsque l'anesthésie est très prononcée, le danger de la pénétration des corps étrangers dans les voies aériennes vient compliquer singulièrement le pronostic, et qu'ainsi une affection relativement bénigne par elle-même peut très bien aboutir, à bref délai, à une terminaison fatale; les exemples de ce genre sont loin d'être des curiosités pathologiques, puisque récemment encore, nous avons vu sur la table d'autopsie, une malade étouffée par la pénétration dans son larynx d'un quartier d'orange tout entier.

Traitement. — Le traitement devra d'abord s'adresser aux causes générales qui auront produit la lésion; s'il n'en existe pas, ou bien si l'on est en présence d'un cas de diphtérie, au traitement général qui consistera dans l'emploi de toniques, surtout de la strychnine, puis du bromure de potassium ou de sodium, on joindra le traitement local. Ce dernier consistera

en électrisations directes ou indirectes avec courants faradiques (application d'un pôle à la nuque et de l'autre sur la région externe du larynx). Massei (de Naples) et Morell-Mackenzie se sont servis avec succès des courants continus, en appliquant les deux pôles au niveau de la muqueuse vocale. Vous aurez soin, si vous usez de ce procédé, de ne pas laisser trop longtemps les électrodes sur le même point, par crainte de voir se produire des eschares. La force du courant, dit Morell-Mackenzie, devra être assez sensible pour produire une sensation désagréable, mais non de la douleur. Il conseille d'introduire chaque jour l'instrument dans le larynx, six ou huit fois par séance. Dans l'hystérie, l'emploi du souffle électrique et du tabouret de verre donnent parfois de bons résultats.

Dans les cas graves d'anesthésie suivie de difficulté dans la déglutition, mettant par suite les jours du malade en danger, vous devrez recourir à la sonde œsophagienne pour nourrir le patient, ou lui prescrire une alimentation liquide (lait, bouillon, œufs, jus de viande, etc.), dont la pénétration dans les voies aériennes est alors peu dangereuse.

Hyperesthésie.

Sommaire. — Ses limites sont difficiles à préciser, son étiologie variable ; l'hyperesthésie est diffuse ou localisée. — L'examen de l'organe ne donne habituellement aucun résultat. Le traitement doit être approprié à la cause ; il est variable.

Étiologie. — Il est difficile d'assigner à l'hyperesthésie du larynx des limites très précises. Cet état tout particulier de la muqueuse de l'organe vocal varie, en effet, suivant les diffé-

rentes personnes, aussi ne saurait-on indiquer d'une façon exacte où commence et où finit ce genre de perversion de la sensibilité.

Ces remarques faites, il est permis de dire que l'hyperesthésie du larynx semble se rencontrer dans certaines conditions spéciales; comme la dentition, la menstruation, la grossesse causes avec lesquelles elle se montre pour cesser quand elles ont disparu. On a noté, en outre, que nombre d'individus atteints de tuberculose pulmonaire avaient une sensibilité extrême du larynx, sans trace aucune d'altération de cet organe.

Mais ce trouble sensitif est surtout fréquemment constaté dans les cas d'inflammations graves de certaines parties de l'organe vocal : comme l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques ou la région inter-aryténoïdienne.

Enfin on l'observe d'une façon particulièrement constante dans l'hystérie où il est très souvent combiné à la paresthésie et à la névralgie.

Symptomatologie. — L'hyperesthésie du larynx peut revêtir deux formes assez nettes : elle est ou localisée ou diffuse. Dans le premier cas, les malades se plaignent de points douloureux dans leur larynx; ils éprouvent la sensation que produirait dans leur organe vocal la présence d'une arête de poisson, ou d'une épingle; souvent la douleur est calmée par la simple déglutition des aliments et ne reparaît que quelque temps après le repas. Quand elle est diffuse, les malades accusent, à l'entrée des voies aériennes, une sorte de brûlure, de resserrement, de déchirure ou de tiraillement; il semble que quelque chose leur ronge le larynx. Quelques-uns même refusent de parler; ils ont alors ce que Thaon appelait la phonophobie, mais je me hâte d'ajouter que ce symptôme atteint rarement ces limites extrêmes.

A l'inspection du larynx, on ne trouve rien de particulier; et c'est précisément ce qui révèle la nature de l'affection.

Lennox-Browne (de Londres) attribuait cette hyperesthésie de certains malades à une inflammation des glandules de la base de la langue. Il suffit, dit-il, de brûler ces dernières pour voir disparaître les désordres de la sensibilité. On trouve, quelquefois en effet, de l'hypertrophie de ces glandules, et dès que ces points enflammés sont guéris l'hyperesthésie du larynx disparaît. C'est l'affection bien connue aujourd'hui et parfaitement décrite par M. le Dr Ruault et par mon ancien élève, M. le Dr Teulières, dans son travail inaugural, sous le nom d'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue.

Pronostic. — Il serait défavorable, parce que l'affection est très opiniâtre, sujette à de fréquentes récidives, et que les malades atteints de cette perversion de la sensibilité, se préoccupent outre mesure de ce symptôme dont ils exagèrent l'importance.

Traitement. — Lorsque l'exagération de la sensibilité est la conséquence de l'inflammation des glandules ou plutôt du tissu lymphoïde qui garnit la base de la langue (quatrième amygdale), le traitement est tout indiqué. Calmer l'irritation des points enflammés à l'aide de gargarismes iodo-iodurés, ou mieux encore, détruire au galvano-cautère les tissus hypertrophiés.

Comme l'état général domine souvent la scène, il faudra aussi prescrire l'hydrothérapie et le séjour dans les stations appropriées. Les bromures de potassium et de sodium, la quinine, l'antipyrine administrés à l'intérieur ont donné parfois de bons résultats. On a préconisé comme topiques locaux, les solutions de morphine et de chloroforme, les solutions astringentes, la cocaïne, etc.

Tobold et Frænkel ont vanté les courants constants ; la

chaleur humide sous forme de compresses trempées dans l'eau bouillante et souvent renouvelées, a aussi produit du soulagement.

Névralgies.

SOMMAIRE. — Névralgies. Elles sont assez rares; elles seraient l'indice d'affections générales; le diagnostic devra être établi avec soin.

Lorsque l'hyperesthésie laryngée revêt la forme de véritables foyers douloureux limités à certaines parties du larynx, on peut la considérer alors comme une névralgie vraie.

C'est une forme assez rare de névrose, dont Handfield Jones, Clinton Wagnier et Schnitzler ont rapporté quelques exemples; Morell-Mackenzie dit en avoir observé treize cas.

Ces foyers douloureux siègent ordinairement sur les côtés du cou, principalement à gauche, avec irradiations vers l'oreille; souvent la douleur est ressentie au niveau du bord du cartilage thyroïde ou bien des espaces crico-thyroïdien ou thyro-hyoïdien, ou encore à la base de la langue.

Lennox-Browne accuse l'anémie, le rhumatisme, la tuberculose au début; il cite des observations de malades atteints de troubles hyperesthésiques, sans aucun signe de lésions tuberculeuses, chez lesquels il a vu plus tard évoluer cette maladie; selon lui, cette névrose serait, par conséquent, dans bien des cas un indice précoce de la diathèse tuberculeuse; mais on peut se demander si c'est bien là un signe vraiment précurseur de la phtisie ou évoluant dans le courant même de la maladie. Ce même auteur aurait trouvé également une exagération de la sensibilité dans la périchondrite laryngienne

primitive; mais la rareté relative de cette affection, laisse encore à ce sujet une trop grande incertitude.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'avant de songer à une névralgie du larynx, il vous faudra éliminer les névralgies dentaires, les otalgies ou toutes affections inflammatoires de l'arrière-gorge ou de la base de la langue, qui pourraient vous induire en erreur, si l'examen de votre malade était trop superficiel.

Le traitement sera à peu près le même que celui des autres troubles nerveux dont nous venons de parler; je crois inutile de vous le rappeler ici.

Paresthésie.

Sommaire. — Elle accompagne souvent les troubles précédents. — L'hystérie en est la cause principale. — Symptômes. Les sensations éprouvées sont variables; la douleur se calme pendant les repas. — La marche de l'affection est intermittente, elle peut alterner avec les autres troubles de la sensibilité. — Le diagnostic est assez facile; le pronostic bénin. — Le traitement sera général et local : révulsifs, calmants, anesthésiques.

Étiologie. — La paresthésie du larynx qui accompagne généralement l'hyperesthésie ou les névralgies paraît avoir pour principale origine l'hystérie. Une cause éminemment prédisposante, est aussi l'hypochondrie, surtout chez les syphiliphobes, qui redoutent constamment des manifestations du côté de leur gorge. On pourrait en dire autant des individus qui se livrent à l'onanisme, et qui peuvent être considérés comme des phtisiphobes. On la rencontre, d'après Lennox-

Browne, dans la tuberculose au début. Gottstein s'associe pleinement à cette opinion, et dit que sa pratique particulière lui a appris à surveiller d'un œil attentif les personnes qui ne se plaignaient que de paresthésie du larynx, mais qui avaient une anémie prononcée de la muqueuse vocale. L'affection survient aussi après l'extraction d'un corps étranger, et même chez les personnes qui ont fait un usage immodéré de leur voix. Enfin, vous pourrez voir la paresthésie aussi bien que l'hyperesthésie de la muqueuse laryngée être la conséquence d'une lésion nasale ou pharyngienne; vous aurez alors sous les yeux cette variété d'affection, connue sous le nom de réflexe d'origine nasale, dont nous aurons à nous occuper plus tard en étudiant les spasmes de la glotte. Je terminerai cette étiologie, en vous rappelant que M. Paul Koch a observé la paresthésie chez deux malades porteurs de petites tumeurs, l'un d'une corde vocale, l'autre du ventricule de Morgagni.

Symptômes. — La paresthésie se traduit par une sensation de corps étranger; le malade croit avoir dans son larynx un poil, une arête ou un os, quelquefois même il a un sentiment de constriction. Ce qui distingue la paresthésie de la névralgie, c'est qu'elle disparaît par suite de l'acte de la déglutition; pendant tout le temps que le malade s'alimente et même souvent une ou deux heures après son repas, ce symptôme disparaît pour revenir ensuite aussi intense qu'auparavant. Cette disparition de la sensation douloureuse au moment des repas est un excellent signe des troubles paresthésiques, et j'insiste d'une manière toute spéciale sur sa valeur diagnostique.

A l'examen laryngoscopique, vous ne constatez aucun symptôme pouvant faire songer à une lésion grave, et c'est cette absence même d'altération de la muqueuse qui doit faire songer à l'origine névropathique de la douleur.

MARCHE. — DURÉE. — De ces trois formes de névroses, qui, nous l'avons déjà dit, sont le plus souvent combinées, c'est la paresthésie qui dure le plus longtemps. Sa durée dépend de la marche de la maladie dont elle est la manifestation.

DIAGNOSTIC. — Il découle de ce qui vient d'être dit. On ne peut confondre la paresthésie avec les douleurs causées par la présence d'un corps étranger du larynx, car non seulement l'examen laryngoscopique, mais encore la série des troubles fonctionnels provoqués par la présence de ce corps dans les voies aériennes, lèvent tous les doutes qu'on pourrait avoir à cet égard. Vous rechercherez surtout les causes générales (tuberculose, anémie, hystérie) et locales (affections chroniques de la base de la langue et du pharynx); vous vous rappellerez à ce sujet que les malades localisent très mal le point d'origine de leur sensation et, comme le fait observer M. Paul Koch, vous ne devrez songer à la paresthésie qu'après un examen minutieux de l'arrière-gorge et même des fosses nasales et de la cavité rétro-nasale.

Le pronostic, vous le comprenez aisément, sera variable suivant les causes productrices de la paresthésie, mais d'une manière générale on peut affirmer que si cette perversion de la sensibilité détermine de graves préoccupations pour certains malades qui veulent absolument avoir un corps étranger à l'entrée du larynx, on arrive généralement à les convaincre de leur erreur et à faire disparaître ou à calmer pendant un certain temps leur affection nerveuse.

TRAITEMENT. — En même temps qu'on s'adressera à l'état général par l'administration de toniques, régime hydrothérapique, etc., vous devrez instituer un traitement local. On a l'habitude de prescrire dans ces cas le bromure de potassium à des doses très élevées, alors que souvent les moyens locaux

seuls suffisent pour arrêter la maladie. Ce n'est que dans les cas rebelles aux moyens ordinaires, que vous ferez usage des solutions mono ou polybromurées suivant les cas.

Les topiques locaux donnent aussi de bons résultats; vous emploierez en badigeonnages ou attouchements, la solution de Mandl, à laquelle vous pourrez ajouter quelques centigrammes de chlorhydrate de cocaïne (en observant une petite manœuvre pharmaceutique qui consiste à faire dissoudre au préalable la cocaïne dans l'alcool, pour éviter que celle-ci ne précipite l'iode).

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne dissous dans l'alcool	0,15 à 0,20 cent.
Iode métalloïdique	0,05 »
Iodure de potassium	0,10 »
Laudanum de Sydenham	1 gramme.
Glycérine pure	30 à 45 »

Vous pourrez aussi, suivant les cas, remplacer la cocaïne par la morphine. Schnitzler a recommandé les applications de chloroforme et de morphine sous forme de collutoires. Si ces moyens échouent, vous essaierez un mélange de cocaïne et de bromure de potassium dissous dans la glycérine.

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,25 cent.
Laudanum de Sydenham	1 gramme.
Bromure de potassium	3 »
Glycérine pure	30 »

pour badigeonnages avec un pinceau au fond de la gorge ou à l'entrée du larynx.

Les cautérisations d'un point du pharynx à l'aide de l'acide chromique cristallisé (suivant le procédé d'Hering), ou au

galvano-cautère, ont dans certains cas, fait disparaître complètement l'hyperesthésie ou la paresthésie. Chez les malades nettement hystériques et rebelles au traitement local, vous prescrirez soit une solution polybromurée, soit du sulfate de strychnine à la dose de 4 à 6 milligrammes par jour qui, d'après MM. Bouchard et Ruault, aurait plus d'action que le bromure dans les cas de ce genre.

Vous ferez aussi des électrisations générales avec le souffle électrique et le tabouret de verre.

Dans les formes névralgiques, les injections sous-cutanées d'une solution d'eau de laurier-cerise, de morphine et de cocaïne, ont donné des résultats merveilleux, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Ce procédé réussit surtout chez les malades ayant des points hyperesthésiques bien limités. On doit, dans cette dernière médication, songer à éviter les cas d'intoxication, en ayant soin de n'employer que des solutions fraîchement préparées. Les astringents peuvent également être essayés; mais ils n'ont généralement pas donné des résultats bien brillants. Faut-il ajouter, enfin, que l'on n'a pu guérir certains malades croyant avoir un corps étranger dans la gorge, qu'en faisant le simulacre de l'extraction et en leur montrant le corps du délit préparé à l'avance! La suggestion à l'état de veille suffit aussi pour guérir bien des névropathes, et, d'autres fois, c'est par l'action combinée des moyens que je viens de vous signaler que vous arriverez au résultat cherché.

VINGT-SEPTIÈME ET VINGT-HUITIÈME LEÇONS

B. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ

1° — Paralysies des muscles du larynx.

Division du sujet : Quelques mots de physiologie des muscles du larynx; paralysies d'origine centrale, de cause périphérique. — Paralysies occupant un groupe musculaire ou un seul muscle.

Messieurs,

Physiologie. — Avant d'entreprendre l'étude des paralysies musculaires de l'organe vocal, il me semble absolument indiqué de vous rappeler, en quelques mots, l'anatomie et la physiologie de ces muscles.

Ils peuvent se diviser en deux groupes principaux.

1° Les muscles constricteurs;

2° Les muscles dilatateurs.

On y pourrait joindre un troisième groupe que l'on désignerait sous le nom de muscles tenseurs, mais cette division me paraît superflue, car les tenseurs peuvent, jusqu'à un certain point, se confondre avec les constricteurs.

Ces derniers comprennent tous les muscles du larynx, à l'exception des seuls muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Je n'insiste pas sur les insertions musculaires qui ne ressortissent pas au cadre de nos leçons actuelles.

Ces muscles reçoivent leur innervation : 1° du laryngé supérieur fournissant deux branches : l'une interne sensitive, l'autre externe motrice, venant innerver le crico-thyroïdien ;

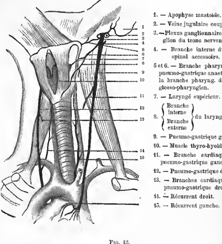


Fig. 13.

Branches laryngées du nerf pneumo-gastrique. (Tiré de Ziemssen, d'après Henle.)

2° des laryngés inférieurs au nombre de deux, situés de chaque côté et formant les récurrents droit et gauche. Le

récurrent droit, né du pneumo-gastrique, contourne en bas la sous-clavière; le gauche descend plus inférieurement pour passer sous l'aorte, d'où les différences que l'on peut observer dans la lésion de l'un ou de l'autre de ces deux nerfs; différences sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir dans le cours de l'étude que nous allons faire.

Un troisième nerf, l'accessoire du spinal, contribue aussi à l'innervation du larynx; il est considéré comme une branche phonatrice, car son arrachement à la sortie de la base du crâne, est suivie d'aphonie.

Division. — Par ce qui précède, il vous est déjà permis de comprendre que les paralysies du larynx puissent être la conséquence de lésions intéressant :

1° Soit le tronc nerveux lui-même;

2° Soit l'accessoire du spinal;

3° Soit les branches du pneumo-gastrique (*a* laryngé supérieur; *b* laryngé inférieur).

Indépendamment de ces quatre grandes divisions, nous nous occuperons encore, parmi les causes capables de provoquer des paralysies du larynx : des affections centrales (maladies du cerveau et de la moelle allongée). Suivant enfin qu'un seul muscle aura été frappé, ou qu'au contraire, tout un groupe aura été atteint par la lésion, nous distinguerons les paralysies isolées, ou celles qui atteignent tout un groupe musculaire.

Nous adopterons donc, dans l'étude des paralysies, la classification suivante :

1° Paralysies de cause centrale;

2° Paralysies sous la dépendance d'une lésion des branches nerveuses (pneumo-gastriques, laryngés supérieurs ou inférieurs);

3° Paralysies occupant un groupe musculaire ou un seul muscle;

4° Enfin, les spasmes musculaires termineront cette série de leçons sur les troubles neuro-musculaires.

I. — Paralysies laryngées de cause centrale.

SOMMAIRE : Les lésions centrales causes de paralysies, sont nombreuses. — Centre cortical du larynx. — Les symptômes généraux dominent habituellement la scène; les troubles de la motilité sont variables, ils sont encore peu connus et mal classés. — Anatomie pathologique de quelques cas. — Le diagnostic et le pronostic seront ceux de l'affection centrale. — Le traitement sera étudié plus tard.

Nous allons envisager, d'abord, les paralysies liées aux affections centrales intéressant les points d'où partent les rameaux nerveux se rendant au larynx.

ÉTIOLOGIE. — Les lésions centrales capables de déterminer des paralysies du côté de l'organe vocal sont excessivement nombreuses ; il me suffira d'en faire l'énumération, pour vous donner une idée de leur multiplicité. Ce sont : la sclérose diffuse, les paralysies bulbaires progressives (Hallopeau, Thèse agrég. 1875); l'ataxie, qui engendrerait surtout des spasmes du larynx ; la syphilis à la période tertiaire (gommes cérébrales), les hémorragies cérébrales qui, suivant leur siège, produiraient des paralysies unilatérales.

A ce groupe important d'affections, M. Morell-Mackenzie ajoute encore les intoxications qui, dit-il, peuvent aussi occasionner des paralysies du larynx. Cet auteur s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur un cas, rencontré par lui, auquel nous pouvons ajouter le fait de tremblement des cordes,

constaté par M. Krause, chez un malade atteint d'intoxication saturnine.

Vous savez, Messieurs, que, depuis ces dernières années surtout, la question d'un centre cortical du larynx a été soulevée, et que MM. Duret, H. Krause, Seguin, Bryson-Delavan, Lannois, Cartaz, Rébillard, Garel, Masini, et plus récemment MM. F. Semon et V. Horsley, se sont surtout occupés de cette intéressante question; vous n'ignorez pas non plus que le problème n'est pas encore résolu, puisque pour les uns, ce serait la troisième circonvolution frontale droite chez les droitiers (Seguin), qui commanderait à la phonation et à l'articulation, tandis qu'il existe des faits d'aphasie avec lésion de la troisième frontale gauche, dans lesquels on a noté de l'aphonie. Quoi qu'il en soit, il me semble inutile d'ajouter que l'altération du centre phonateur, quel que soit son siège, se traduira par un trouble musculaire, appréciable au laryngoscope.

Symptômes. — Les symptômes de ces paralysies sont par eux-mêmes peu caractéristiques. Ce sont plutôt les symptômes de l'affection générale que ceux de la manifestation laryngée proprement dite qui dominent la scène.

Les troubles paralytiques du larynx varient avec l'étendue de la lésion bulbaire. Tantôt la paralysie est complète, tantôt elle est, au contraire, unilatérale. Aussi vous comprendrez aisément que je n'insiste pas davantage sur l'aspect de l'organe vocal dans ces différents cas, puisqu'il pourra varier avec le groupe musculaire, ou le muscle atteint par la lésion primitive. Du reste, il faut bien dire que l'affection laryngée étant généralement secondaire, l'examen de l'organe vocal est rarement pratiqué et bien que Gibb considère les paralysies unilatérales comme assez fréquentes chez les hémiplégiques par apoplexie récente, il faut avouer que l'expérience ne semble pas confirmer cette opinion. Ziemssen lui-même dit n'en avoir vu qu'un seul

cas, et M. Luys en a, en 1875, rapporté un exemple assez net, dans lequel cependant l'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué. Vous savez également que les aphasiques aphones ne sont pas non plus très communs et que les examens du larynx dans ces cas sont encore très peu nombreux.

Avec M. Lannois, nous admettrons que c'est particulièrement dans la paralysie labio-glosso-laryngée que l'on observera le plus souvent des troubles vocaux sur la nature desquels le laryngoscope pourra nous fixer. C'est dans un cas de ce genre que M. Cartaz a trouvé chez un malade de Charcot un défaut d'adduction des cordes vocales expliquant l'aphonie; mais vous comprenez, Messieurs, que l'exposé même de ces quelques faits n'est pas encore suffisant pour établir les lésions correspondant à telle ou telle altération centrale.

Si l'accessoire du spinal est seul intéressé, le symptôme prédominant sera de la raucité de la voix. Mais la lésion isolée de ce nerf est fort rare et les cas de Türck, Seeligmüller, Morell-Mackenzie, ne sont pas assez nets pour qu'il soit permis d'affirmer positivement que les pneumo-gastriques n'étaient pas également atteints.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont absolument variables, suivant la cause de la paralysie, que celle-ci soit une conséquence de la sclérose, d'une gomme ou d'un foyer hémorragique. Dans le seul cas où il ait pratiqué l'autopsie et où l'affection était de nature syphilitique, M. Morell-Mackenzie a constaté que la surface de la moelle allongée était molle et crémeuse.

Dans une observation de Penzoldt, les corps olivaires étaient mal délimités et les pyramides antérieures avaient un aspect gris et comme gélatineux.

Cruveilhier avait trouvé de la dégénérescence grise des cordons postérieurs, ainsi que des corps restiformes. On a

encore constaté un amincissement considérable des origines des nerfs pneumo-gastrique, spinal et récurrent; de l'atrophie et de la dégénérescence des muscles postérieurs, un petit foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche et de la dégénérescence grise des cordons postérieurs. Dans le cas de Luys on trouva dans la protubérance de chaque côté de la ligne médiane deux petits foyers aréolaires contenant un liquide séreux; avec de la dégénérescence secondaire des récurrents et des muscles du larynx. Seguin, au contraire, releva à la surface de la troisième frontale droite, une plaque jaune, élastique au toucher, n'atteignant que la substance grise; c'est, du reste, sur cette autopsie qu'il se base pour admettre l'existence d'un centre cortical du larynx à ce niveau.

Diagnostic. — Il découle de l'examen du sujet. La manière dont s'est établie la paralysie, l'ictus qui l'aura quelquefois précédée, la marche de la maladie, les antécédents morbides, seront autant d'éléments dont il vous faudra tenir compte pour arriver à un diagnostic précis de la cause première de la lésion laryngée.

Si la paralysie est isolée, vous devrez procéder à un examen sérieux de la langue, des lèvres, du voile du palais, de la luette; et si ces derniers organes sont atteints, il vous sera permis de songer à une paralysie progressive.

Vous comprenez, Messieurs, que je ne puis vous faire ici le diagnostic différentiel des différentes lésions centrales susceptibles d'intéresser le larynx, dans leurs manifestations morbides; ce serait en effet, sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Je me bornerai seulement à ajouter que vous ne sauriez être trop méticuleux dans l'exploration des diverses régions, tant au point de vue du mouvement que de la sensibilité et même des réflexes.

Marche. — Pronostic. — Le pronostic sera celui de l'affection sous la dépendance de laquelle se trouvera la paralysie. Il en sera de même de la marche qui, progressive dans certains cas, sera stationnaire dans d'autres. Vous pourrez même, chez quelques malades, voir le mouvement reparaître en partie, dans la corde paralysée, comme l'a observé M. le Dr Bryson-Delavan chez un homme de soixante ans, atteint de troubles vocaux à la suite d'une hémorragie cérébrale Toutefois, même dans les cas favorables, la voix redevient très rarement normale, son timbre restant toujours plus ou moins altéré. D'autres fois, bien que la lésion centrale fasse des progrès, vous pourrez voir se produire, après un certain temps, une véritable détente laryngienne. C'est lorsque l'irritation du centre moteur occasionne au début un spasme musculaire, faisant place ultérieurement à une paralysie complète, d'où amélioration des troubles respiratoires du début.

Traitement. — Quant au traitement, il ira de pair avec celui de la lésion dominante. Nous insisterons plus loin sur les moyens locaux à employer dans les paralysies du larynx.

II. — Paralysies laryngées par maladie ou lésion du nerf pneumo-gastrique.

Sommaire : Quelques mots d'étiologie basée sur le trajet du nerf; les symptômes laryngiens sont ceux des lésions des récurrents.

Étiologie. — Si vous voulez bien considérer la longueur du trajet que doit parcourir le pneumo-gastrique depuis sa sortie de la cavité cranienne jusqu'au point où il émet, à l'intérieur de la cavité thoracique, le nerf laryngé inférieur,

et si d'autre part vous remarquez la situation particulière qu'il occupe, il vous sera aisé de comprendre qu'il est soumis à de fréquentes causes d'altération.

Jusqu'ici, on n'a jamais constaté de lésions du ganglion du tronc du pneumo-gastrique, dont la conséquence serait la paralysie complète des deux nerfs laryngés. Cependant, dans un cas de paralysie post-diphtéritique rapporté par Schech, la dégénérescence graisseuse avait atteint quelques fibres des deux pneumo-gastriques, ainsi que les branches récurrentes.

Le pneumo-gastrique peut être intéressé par lésion de voisinage dans les affections diverses qui frappent : les gros vaisseaux (à droite l'artère sous-clavière, à gauche l'aorte), l'œsophage, la trachée, la glande thyroïde, les ganglions lymphatiques. C'est ainsi que les anévrysmes, les dégénérescences malignes, les hypertrophies ganglionnaires, etc., peuvent exercer du retentissement sur le nerf vague.

Le tissu du nerf peut encore être lésé par des coups d'épée ou de couteau, des balles de revolver, par section ou luxation, par des ligatures ; au cours des opérations (Billroth), il peut être lacéré, complètement tranché, ou être compris dans une ligature de la carotide.

Symptômes. — Les symptômes qui accompagnent les lésions du pneumo-gastrique sont de deux ordres :

1° Des troubles cardiaques, se régularisant plus ou moins rapidement; 2° des troubles vocaux (aphonie ou raucité), attirant l'attention de l'observateur. Ces troubles sont variables d'intensité suivant que la lésion porte sur un seul ou bien sur les deux nerfs et suivant aussi qu'ils sont intéressés en totalité ou en partie.

A l'examen laryngoscopique, ces troubles ne diffèrent en rien de ceux observés dans les cas de lésions des récurrents. Aussi n'y insisterons-nous pas davantage, nous réservant d'y revenir plus tard.

III. — Des paralysies occasionnées par altération du laryngé supérieur.

SOMMAIRE : Fonction du laryngé supérieur. — Étiologie de sa paralysie. — Symptômes. La voix est altérée; diphtonie, lésions locales. — Troubles de la sensibilité, ses conséquences. — Aspect du larynx. — Anatomie pathologique. — Le pronostic peut être grave. — Traitement des symptômes; celui de la paralysie sera étudié ultérieurement.

Le nerf laryngé supérieur est, à la fois, un nerf sensitif par sa branche interne et un nerf moteur par sa branche externe. Bien que Türck ait signalé un cas d'atrophie du crico-thyroïdien, sans lésion concomitante du laryngé supérieur, les expériences tendant à prouver son action, sont largement suffisantes pour qu'il soit permis de ne considérer que comme une exception le fait de Türck, et par conséquent de regarder ce nerf comme donnant le mouvement au crico-thyroïdien et la sensibilité à la muqueuse laryngée.

ÉTIOLOGIE. — S'il faut en croire Morell-Mackenzie, la paralysie du laryngé supérieur ne se rencontrerait que dans la diphtérie; mais je me hâte de vous dire que je ne partage point cette opinion, car il m'est assez souvent arrivé de l'observer chez des individus n'ayant jamais souffert des atteintes de cette affection et qui, par conséquent, n'en présentaient aucun des symptômes. Il est en effet relativement fréquent de la voir se produire dans la laryngite catarrhale aiguë, ainsi que dans les inflammations directes ou de voisinage; l'hystérie peut aussi être rangée parmi les causes de l'affection. Vous comprendrez encore qu'une tumeur ou toute lésion intéressant le filet nerveux au moment de son

entrée dans le larynx, sera susceptible d'occasionner sa paralysie. Du reste, l'auteur anglais lui-même dit en avoir observé un exemple dont la production devait être attribuée à l'hypertrophie des glandes et à l'inflammation du tissu aréolaire situé au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Symptômes. — Étant données les deux fonctions différentes du nerf, les symptômes de la paralysie du laryngé supérieur sont de deux ordres. Vous observerez en effet : 1° des troubles anesthésiques; 2° des troubles parétiques. Les premiers se révèlent par un examen très approfondi en touchant directement les parties intéressées de la muqueuse du larynx. L'attouchement de la région glottique avec l'ouate ou le stylet laryngien ne détermine dans ces cas, que peu ou pas de réflexes; et l'on peut même, chez quelques malades, manœuvrer dans le larynx comme on le fait après cocaïnisation de l'organe. Cette anesthésie est généralement accompagnée d'un trouble analogue du côté du pharynx et même de toute l'arrière-gorge. Très souvent aussi, les malades se plaignent d'éprouver la sensation d'un corps étranger à l'arrière-gorge, ou les diverses manifestations paresthésiques dont j'ai eu déjà l'occasion de vous parler.

Morell-Mackenzie dit avoir également rencontré des troubles de la déglutition, et il explique la pénétration du bol alimentaire dans les voies aériennes, par la paralysie des muscles dépresseurs de l'épiglotte. Vous connaissez déjà les raisons pour lesquelles je ne saurais admettre cette théorie; aussi me semble-t-il inutile d'y revenir ici. Je crois tout simplement que, dans ces cas, l'introduction du corps étranger est due à l'anesthésie même de la muqueuse vocale.

En outre des troubles sensitifs, les malades ont la voix ou rauque ou voilée. Suivant que les crico-thyroïdiens sont ou non seuls atteints, la voix est abaissée, quelques sons même ne sont

pas émis, et pendant l'inspiration, les cordes vocales étant flasques, vous pourrez entendre un véritable bruit de soupape, qui est cependant loin d'être caractéristique ou même constant.

Si vous pratiquez l'examen laryngoscopique, vous constatez une muqueuse vocale normale dans toutes ses parties. Le malade émet-il un son, vous voyez alors les cordes vocales qui, au lieu de vous apparaître tendues et nacrées comme



Fig. 14. Fig. 15.

Aspect schématique des cordes vocales vues pendant la phonation dans les cas de paralysie des crico-thyroïdiens. La figure 15 représente les rubans dans les cas de double glotte produisant la diphtonie.

à l'état normal, sont au contraire molles, flasques, ternes, formant une ligne ondulée, caractéristique de la paralysie des muscles crico-thyroïdiens. Pendant l'inspiration forte, les cordes formant des nœuds de vibrations, circonscrivent un triangle isocèle à bords sinueux. Mais c'est surtout pendant les efforts de phonation que vous pourrez vous rendre compte du défaut de parallélisme, et par conséquent d'affrontement exact des deux replis thyro-aryténoïdiens.

Anatomie pathologique. — Les lésions observées sont toujours celles des paralysies nerveuses. A l'autopsie, on trouve des muscles dégénérés, des filets nerveux atrophiés et toutes les altérations habituelles dans ces cas.

La marche de ces paralysies est absolument subordonnée à la cause qui leur a donné naissance. C'est-à-dire qu'elle sera tout à fait variable, suivant qu'il s'agira d'une affection centrale, de la syphilis, d'une paralysie *a frigore*, ou d'origine hystérique.

Le diagnostic découle tout naturellement de ce que nous venons de dire. Vous songerez tout de suite à une paralysie du laryngé supérieur, quand vous vous trouverez en présence d'une anesthésie laryngée constatée avec la sonde, et lorsque l'examen laryngoscopique vous révélera l'aspect ondulé et flasque des cordes vocales, aspect sur lequel je crois avoir suffisamment insisté tout à l'heure.

Pronostic. — Ces paralysies sont peu graves en elles-mêmes et ne compromettent guère la vie du malade. Sont-elles simples, vous ne constatez que des troubles phonétiques qui acquièrent cependant une importance très considérable chez les personnes faisant usage de leur voix comme d'un instrument utile, et même nécessaire à leur assurer l'existence.

De plus, comme il existe en général non seulement des troubles paralytiques, mais encore de l'anesthésie de la muqueuse, le pronostic s'assombrit un peu par ce fait, puisque les aliments peuvent, comme nous l'avons vu, pénétrer dans les voies aériennes et déterminer une mort immédiate, ou la mort consécutive par pneumonie. Ce sont précisément les troubles de ce genre consécutifs à la diphtérie, qui nécessitent une alimentation par la sonde œsophagienne, jusqu'à disparition complète de la maladie.

Traitement. — Votre premier soin sera, dans les cas graves, de parer aux accidents immédiats, et, à cet effet, vous devrez, si besoin est, instituer une alimentation avec la

sonde œsophagienne. Vous pratiquerez ensuite l'électrisation de l'organe avec des courants galvaniques ou faradiques. A l'intérieur, vous administrerez des toniques. La strychnine en pilules, ou mieux encore en injections sous-cutanées, aurait donné d'excellents résultats à Ziemssen et à Lennox-Browne. Nous aurons du reste l'occasion de revoir plus longuement cette question du traitement des paralysies laryngées; aussi me semble-t-il superflu de m'étendre aujourd'hui sur ce point important de la question. (Voir page 340.)

VINGT-NEUVIÈME ET TRENTIÈME LEÇONS

IV. — Paralysies des nerfs laryngés inférieurs (récurrents).

SOMMAIRE. — Paralysies des nerfs laryngés inférieurs. — Ce sont les plus fréquentes. — La compression en est la cause ordinaire. — Causes générales : névroses, névrites primitives; la cause est parfois difficile à trouver. Symptômes : la paralysie est complète, la voix et la respiration sont modifiées; aspect du larynx. — Un seul côté est atteint; la voix est peu altérée, suppléance vocale par le côté sain.

La paralysie n'est pas complète, un seul groupe de muscles est atteint; constricteurs des deux côtés; d'un seul; aspect du larynx. — Symptômes fonctionnels.

Les dilatateurs sont paralysés. — Rareté relative de cette lésion bilatérale; la voix peut être normale; les troubles respiratoires sont importants; examen du larynx. — La paralysie est unilatérale, les troubles fonctionnels sont très peu marqués; aspect de l'organe. — Anatomie pathologique. — Les muscles abducteurs ont-ils réellement une tendance à être les premiers atteints? — Discussion des différentes théories. — Paralysie et contracture. Marche et durée. — Le diagnostic est généralement facile; il est utile de distinguer la paralysie de la contracture. — Le pronostic varie suivant que la lésion est uni ou bilatérale.

MESSIEURS,

Les paralysies des nerfs laryngés inférieurs sont, de toutes celles de l'organe vocal, les plus fréquentes et aussi les plus importantes. Elles peuvent être uni ou bilatérales, mais les premières sont, sans contredit, celles que vous aurez le plus souvent l'occasion d'observer.

Étiologie. — Les paralysies des laryngés inférieurs reconnaissent à proprement parler trois ordres de causes; elles peuvent être : 1° d'origine centrale; 2° périphériques; 3° myopathiques. Mais comme ces dernières n'ont guère reçu jusqu'ici d'explications suffisantes, il est possible de les confondre dans une même description avec les paralysies périphériques.

Les agents de compression seront situés de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane; d'où, compression possible de l'un des récurrents, suivant le siège de la lésion qui l'altère. Je me hâte toutefois d'ajouter que le nerf du côté gauche est, par suite de sa situation anatomique, le plus fréquemment comprimé. Vous observerez des altérations de ce dernier dans les cas d'anévrysmes de l'aorte, et bien souvent même, c'est l'examen de l'organe vocal et l'existence de la lésion laryngée qui font découvrir l'anévrysme. A droite, ce sont les dilatations de la sous-clavière qui, le plus généralement, compriment le laryngé inférieur; il y faut aussi ajouter les indurations pleurales et pulmonaires du sommet, quelle qu'en soit du reste la nature.

Quant aux autres causes susceptibles d'occasionner la compression de l'un ou de l'autre des récurrents, ce sont : les tumeurs de l'œsophage, celles du corps thyroïde, les goitres, les ganglions du cou et des bronches hypertrophiés. Vous n'ignorez pas en effet, qu'il existe tout le long de la trachée une véritable pléiade ganglionnaire sur laquelle MM. Baréty, Gouguenheim et Leval-Piquechef ont particulièrement appelé l'attention. L'hypertrophie de ces glandes lymphatiques suffit très bien, vous le comprenez, pour produire des compressions du ou des récurrents, ou encore les altérations du mouvement qui en résultent. L'étiologie, dans ces cas, n'est pas toujours facile à établir, vu la difficulté que l'on éprouve à reconnaître, pendant la vie, l'existence de ces hypertrophies ganglionnaires.

C'est là, Messieurs, une cause fréquente de la lésion qui nous occupe, et c'est le motif qui me fait insister davantage sur cette disposition pathologique. Ainsi s'expliquent, à mon sens, bien des toux dites nerveuses de la première enfance et certaines paralysies ou contractures laryngées de la deuxième période de la syphilis. Les pneumonies droites, les épanchements péricardiques doivent aussi entrer en ligne de compte dans l'étiologie de ces altérations nerveuses. Baumler a, en effet, rapporté un cas d'épanchement péricardique ayant provoqué une paralysie des deux récurrents.

Je dois vous signaler également un fait de paralysie gauche survenue au cours d'un épanchement pleural carcinomateux du même côté. Dans ce cas qui fut suivi d'autopsie, Unverricht trouva le nerf comprimé par une nodosité cancéreuse située au niveau de l'arc qu'il décrivait autour de l'aorte. A ce propos, l'auteur allemand s'est cru autorisé à formuler le précepte suivant : « Dans un épanchement pleural faisant, pour n'importe quelle raison, soupçonner un carcinome, on peut, quand on voit une paralysie de la corde vocale accompagner l'épanchement, diagnostiquer avec assez de certitude la nature cancéreuse de l'épanchement. »

On a encore (Johnson, Baumler, etc.) cité des cas de paralysie des deux récurrents à la suite de la compression exercée sur un seul pneumo-gastrique. Johnson, qui les a rangées au nombre des troubles réflexes, en donne l'explication suivante : Les fibres sensibles comprimées du pneumo-gastrique transmettent l'excitation aux noyaux de l'accessoire, et comme les fibres de ces noyaux se croisent, la paralysie musculaire est bilatérale.

Gottstein admet plutôt que la continuité de l'excitation du pneumo-gastrique finit à la longue par produire des altérations centrales qui gagnent les deux accessoires.

D'autres causes, celles-ci indirectes, sont : la syphilis à

la période secondaire; l'hystérie, dont la perte du mouvement laryngien est souvent l'unique symptôme.

J'en finirai avec cette étiologie déjà un peu longue, en vous signalant la possibilité de certaines névrites primitives du ou des récurrents. Admises par le professeur Massei, de Naples, qui vient encore récemment d'appeler l'attention sur cette intéressante question, ces névrites reconnaissent elles-mêmes des causes absolument variables : tantôt elles sont dues au refroidissement; d'autres fois, au contraire, elles résultent d'une infection générale. M. Massei a cité le cas d'une jeune fille atteinte de névrite, après la fièvre typhoïde, et l'on retrouve ces mêmes lésions chez les tuberculeux. Chez ces derniers, non seulement le tronc nerveux lui-même peut être influencé, mais les filets périphériques sont aussi susceptibles d'être atteints. Il se fait dans ces cas de véritables névrites périphériques comme en ont décrit et observé MM. Pitres et Vaillard, au cours de cette terrible diathèse.

Le sexe n'a aucune influence relativement à la fréquence de la lésion qui est parfois liée à un état anémique ou rhumatismal.

Enfin rappelez-vous que, dans certains cas, la cause est tout à fait inconnue et vous ne sauriez arriver à la déterminer malgré les investigations les plus minutieuses. Vous pourrez trouver des exemples de ce genre dans un travail publié, il y a déjà plusieurs années, par un de mes anciens chefs de clinique, M. le Dr Ducau.

Symptômes. — Les symptômes de la paralysie des récurrents sont de deux ordres : 1° Symptômes fonctionnels; 2° symptômes locaux. Ils varient suivant l'étendue de la lésion, son siège, et suivant que la paralysie est uni ou bilatérale, qu'elle est partielle, ou qu'elle frappe un ou plusieurs groupes musculaires.

Si elle est double et totale, c'est-à-dire si tous les muscles du larynx, aussi bien les adducteurs que les abducteurs, sont intéressés, vous constaterez de l'altération de la voix qui sera basse, grave, parfois même complètement éteinte.

La toux est également aphone, voilée ou rauque; il se peut même que le malade soit dans l'impossibilité absolue de tousser et de cracher à cause des dimensions trop considérables de la glotte qui n'offre aucun point d'appui pour l'accomplissement de ces actes.

La respiration est assez facile, mais les efforts sont impossibles pour les raisons que nous venons de signaler. Dans les tentatives d'expiration forcée, il se produit ce que Ziemssen a qualifié du nom de « profusion phonatorielle d'air », c'est-à-dire qu'un fort courant d'air se précipite hors de la bouche du malade. On ne saurait dire qu'il existe de la dyspnée, mais on constate très fréquemment une espèce d'inspiration forcée, striduleuse, due à ce fait que les différentes portions de la glotte relâchées entrent en vibration sous l'action du courant d'air et sont attirées en bas par le passage de celui qui entre dans les bronches.

A l'examen laryngoscopique, vous trouvez les cordes



Fig. 16.

Aspect schématique des cordes vocales en position cadavérique, vues pendant un effort de phonation.

vocales en position cadavérique, c'est-à-dire dans une situation intermédiaire à la phonation et à l'inspiration

profonde, de telle sorte qu'elles ont un aspect terne, presque grisâtre, et laissent entre elles un espace ellipsoïde dont les bords semblent peu nets par défaut de tension. Si vous priez le malade de faire une inspiration profonde, vous voyez le bord libre des rubans vocaux se déprimer en bas, formant alors une sorte de plan incliné dont la portion la plus déclive se trouve sur le bord libre de la corde. Les deux aryténoïdes restent immobiles, aussi bien pendant les mouvements de la respiration que pendant les essais de phonation.

S'il existe une paralysie de tous les muscles d'un seul côté du larynx, la corde atteinte demeurant complètement immobile par rapport à sa congénère, vous observerez une altération nouvelle de la voix, qui sera bitonale.

Le malade essaye-t-il d'élever sa voix ou de la forcer, elle prend aussitôt le timbre de fausset, les oscillations de la corde saine ayant un nombre de vibrations inégal.

La respiration est absolument facile; la toux n'existe souvent pas; elle est habituellement normale, parfois cependant un peu rauque.

L'examen laryngoscopique vous montrera dans ces cas une corde vocale ayant l'aspect que je viens de vous décrire, et occupant ce que nous avons appelé la position cadavérique; elle sera tout à fait immobile pendant que sa congénère tendra à se rapprocher et même à dépasser la ligne médiane pour établir une compensation. Vous constaterez encore de ce fait une certaine obliquité de la glotte, due à la suppléance fonctionnelle du côté sain. C'est qu'en effet, les adducteurs et les tenseurs, surtout le crico-aryténoïdien latéral, exercent une action si énergique sur le cartilage aryténoïde, que l'apophyse vocale dépasse la ligne médiane et vient presque au contact de celle du côté opposé. Assez souvent, vous remarquerez que la corde paralysée présente sur son bord libre une petite concavité, laissant au moment de la phonation

un léger espace vide; mais si la suppléance est assez énergique, la voix peut encore être rendue possible.

Si la compression du ou des récurrents n'est pas assez considérable ou assez ancienne pour annihiler complètement les fonctions de ces nerfs, vous observerez alors divers troubles musculaires sur lesquels je dois attirer votre attention d'une façon particulière. Dans ces cas, les lésions ne portent, au dire de certains auteurs, que sur un groupe musculaire : dilatateurs ou constricteurs. Avant de passer à la discussion de ces différentes théories, laissez-moi vous exposer les symptômes qui caractérisent chacune de ces deux sortes de troubles musculaires.

A. — Paralysies des constricteurs.

D'après le rôle dévolu à ce groupe important de muscles du larynx, vous pourrez immédiatement déduire les troubles qui découleront de leur paralysie. Pendant l'effort,

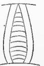


Fig. 17.

Aspect schématique des cordes vocales pendant l'essai de phonation dans la paralysie bilatérale des constricteurs (adducteurs).

les cordes, restant complètement éloignées l'une de l'autre, donneront à l'orifice glottique l'aspect d'un triangle isocèle à base postérieure (aryténoïdienne), dont les bords latéraux seront légèrement incurvés en dedans, et par conséquent dont

les deux angles postérieurs seront arrondis, l'antérieur ayant seul conservé sa forme angulaire. Ces bords deviendront simplement à peu près rectilignes, pendant la respiration habituelle, les aryténoïdes se trouvant toujours à leur maximum d'écartement possible.

Ai-je besoin d'ajouter que *si la paralysie est unilatérale* l'orifice glottique aura l'air d'être absolument dévié, l'une des cordes restant immobile et éloignée de la ligne médiane, pendant que l'autre, au contraire, viendra essayer de s'accoler à sa congénère pendant les efforts de phonation. C'est préci-

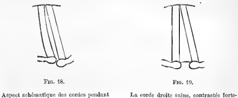


Fig. 18.

Aspect schématique des cordes pendant la phonation; la gauche restant éloignée de la ligne médiane.

Fig. 19.

La corde droite saine, contractée fortement, dépasse la ligne médiane compensant en partie l'inaction de sa congénère.

sément de cet effort que résulte l'aspect asymétrique du larynx, beaucoup moins appréciable pendant la respiration et surtout au moment d'une inspiration un peu forte. Dans quelques cas vous verrez nettement le muscle ary-aryténoïdien se contracter à moitié, faisant simplement basculer un peu l'aryténoïde du côté paralysé, de telle sorte que ce cartilage se trouve, pendant la phonation, comme porté un peu en dedans.

J'en aurai fini avec la paralysie de ce groupe musculaire, en vous disant que si elle est bilatérale, le malade est absolument aphone; la toux produit seulement un souffle trachéal

dépourvu de sonorité, mais la respiration est normale et même très facile. Si la lésion est unilatérale, la voix et la toux sont toujours notablement altérées dans leur timbre, malgré une compensation par la corde saine, compensation toujours incomplète au début, lorsque la corde vocale est à son maximum d'écartement de la ligne médiane; la respiration est facile dans ce cas.

Si la paralysie porte sur l'autre groupe musculaire, elle occasionne une série de troubles qui méritent de nous arrêter quelques instants.

B. — Paralysie des dilatateurs (crico-aryténoïdiens postérieurs).

La paralysie des muscles dilatateurs peut être décrite comme celle d'un seul muscle du larynx, puisque la fonction d'ouvrir la glotte est dévolue aux crico-aryténoïdiens postérieurs, qui seuls permettent en se contractant le passage de l'air pendant la respiration.

Cette paralysie reconnaît la même étiologie que celle des autres muscles du larynx; il me paraît inutile d'y revenir ici, ayant déjà insisté sur les différentes causes des troubles de la motilité des muscles vocaux au début de ces leçons. (Voir page 302.) Laissez-moi simplement vous rappeler qu'elle peut survenir consécutivement à un catarrhe aigu du larynx, et dans certains cas, elle paraît être plutôt d'origine myopathique que névropathique. On la vit, une fois, se manifester, après qu'un morceau de viande enclavé à l'entrée de l'œsophage, eut exercé, pendant vingt-quatre heures, une pression régulière sur les adducteurs.

La paralysie bilatérale des muscles dilatateurs est relativement rare, et bien que son existence ait été soupçonnée avant

la période laryngoscopique (1859-60), bien que Trousseau ait émis l'opinion que cette lésion pouvait empêcher le retrait de la canule, chez les enfants opérés de la trachéotomie, et qu'on lui ait attribué à cette époque, un grand nombre de troubles respiratoires, le fait n'en restait pas moins à vérifier, lorsque Gerhardt révéla par le laryngoscope l'existence de cette paralysie. Burow l'étudia lui-même d'une façon assez complète, pour que dans son livre, Morell-Mackenzie ait fait de larges emprunts à cet auteur. Le docteur anglais, en 1882, en rapportait trente-cinq cas, puisés à différentes sources. Depuis, le nombre des observations s'est accru, mais dans des proportions relativement restreintes.

Symptômes. —Les troubles fonctionnels que vous constaterez sont : des troubles vocaux très prononcés (voix voilée, basse), ou très peu marqués; car certains malades sont à peine incommodés et présentent un peu d'enrouement ou une simple altération légère du timbre vocal. La toux est rauque et toujours étouffée.

Quant aux troubles respiratoires, pour en comprendre toute l'importance, il vous suffira de songer au rôle des crico-aryténoïdiens postérieurs (muscles dilatateurs) ; s'ils ne remplissent plus leur fonction dilatatrice, il en résultera une immobilisation des cordes vocales sur la ligne médiane, dont la conséquence fatale sera une respiration striduleuse, avec cornage sonore. Cette respiration particulière de la paralysie des dilatateurs s'observe, du reste, dans l'inspiration et l'expiration. Le bruit produit est presque caractéristique, aucune autre affection du larynx n'occasionnant une respiration aussi bruyante ; c'est tout au plus si les malades atteints de rétrécissement de la trachée produisent un bruit à peu près analogue. C'est surtout pendant le sommeil que le cornage atteint son maximum d'intensité, et M. P. Koch (de Luxem-

bourg) cite même à ce sujet l'exemple d'une malade qui, placée au fond d'une salle d'hôpital, empêchait, par le bruit qu'elle faisait en respirant, tous les autres malades de dormir.

Si vous pratiquez l'examen laryncoscopique, vous trouverez une muqueuse normale, mais vous remarquerez aussi que les cordes vocales sont presque exactement en position de phonation. Elles sont, en effet, placées sur la ligne médiane dont elles s'écartent peu ou point au moment de l'inspiration.



Fig. 20.

Position des cordes vocales pendant l'inspiration normale, dilatation maxima.

Fig. 21.

Position des cordes pendant la phonation; la ligne de contact est parfaite.

Pendant l'effort, par suite de leur tension, les cordes vocales forment une ligne de contact assez nette pour permettre à la phonation de s'exécuter presque sans difficultés; c'est ce qui vous explique le peu de troubles vocaux observés dans ces cas. C'est ce défaut d'écartement pendant l'effort inspiratoire qui caractérise la lésion. La toute petite fente que vous constatez à l'examen laryngoscopique, se resserrant encore davantage à chaque inspiration, il en résulte une dyspnée intense (fig. 20).

Ce rétrécissement inspiratoire a reçu diverses explications : certains auteurs, tels que Ziemssen et Burow, attribuent le rapprochement des cordes à la pression prédominante de l'air extérieur alors qu'il existe au contraire, dans la trachée, de l'air

raréfié; d'après Rosenbach au contraire, il faudrait voir là une innervation rytbmique perverse, l'excitation nerveuse se transmettant subitement au groupe de muscles non paralysés. Il est incontestable, à mon sens, que pendant l'effort, les cordes vocales paralysées sont en quelque sorte aspirées par le malade cherchant l'air, et cette dépression en bas et en dedans du bord libre de la corde, produit le phénomène du resserrement glottique lors de l'effort inspiratoire. C'est du reste le même phénomène que l'on observe après la section des récurrents, et c'est l'explication fournie par M. André dans son travail inaugural (1854), où cet auteur rapporte tout au long les expériences faites par M. Bérard sur les animaux et sur le cadavre non rigide. Il en résulte nettement que l'expiration repousse en haut les lèvres glottiques, tandis que l'inspiration les porte en bas et en dedans, c'est-à-dire exagère la fermeture du passage rétréci.

Existe-t-il de la paralysie d'un seul des crico-aryténoïdiens postérieurs, une seule corde restera en position vocale et sur la ligne médiane.



Fig. 22.

Aspec schématique des cordes vocales dans les cas de paralysies de l'un des crico-aryténoïdiens postérieurs. Dans l'image ci-dessus le larynx est vu pendant l'inspiration forte et la corde droite (côté gauche de la figure) paralysée, reste en position médiane.

La phonation et la toux sont normales; la respiration s'effectue très facilement. Seul, l'examen laryngoscopique

révèle alors l'existence de la paralysie. Aussi nombre de ces lésions passent-elles inaperçues, précisément à cause du peu de troubles qu'elles apportent.

Anatomie pathologique. — Il existe, dans les cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, des dégénérescences nerveuses et musculaires plus ou moins prononcées. Je me bornerai simplement à vous mentionner ces altérations, puisqu'elles peuvent varier presque avec chaque cause productrice de la lésion et avec ses différentes manières d'être. Il est seulement un point sur lequel vous devez être instruits, ce sont les discussions passionnées et toujours pendantes auxquelles ont donné lieu ces paralysies.

En 1881, F. Semon affirmait que, si un récurrent était comprimé, le crico-aryténoïdien postérieur correspondant était toujours le premier, et souvent le seul paralysé, sans qu'aucun des muscles constricteurs fût en cause. Pour expliquer ce qu'il appelle la « tendance » (proclivity) des crico-aryténoïdiens postérieurs à être les premiers atteints, l'auteur anglais a admis l'existence de fibres nerveuses distinctes disposées concentriquement à la surface des nerfs récurrents; d'où la possibilité de les voir les premières compromises; les autres fibres nerveuses, au contraire, situées au centre, ne seraient intéressées qu'en dernier lieu et pourraient même parfois échapper à la lésion. Il a admis encore que les crico-aryténoïdiens postérieurs seraient plus sensibles que les autres muscles : enfin, il alla jusqu'à prétendre que les constricteurs de la glotte recevaient un supplément d'influx nerveux par l'intermédiaire du nerf laryngé supérieur. Autant d'hypothèses dont il était fort difficile de vérifier, et par conséquent, de démontrer l'exactitude.

Comme vous le supposez, l'opinion de Semon, admise d'abord par plusieurs laryngologistes, n'a pas tardé à rencontrer des

contradicteurs et en assez grand nombre. Krause (Berlin), expérimentant sur des chiens, a démontré que l'excitation du bout périphérique, après section du récurrent, produisait de l'adduction, avec contraction des muscles constricteurs du larynx qui l'emporteraient sur leurs congénères. De ses différentes expériences, il arrive à conclure que l'excitation du récurrent, par compression ou névrite, produit *une contracture* des muscles adducteurs et, par conséquent, le resserrement de l'orifice glottique. En effet, si ce n'est pas le crico-aryténoïdien postérieur qui est paralysé, mais bien les constricteurs de ce côté qui sont contracturés, la position de la corde vocale restera toujours la même, c'est-à-dire qu'elle occupera la ligne médiane comme dans la paralysie du dilatateur.

Cette théorie a trouvé de nombreux partisans, et Krishaber admettait que dans les cas où les cordes vocales se trouvaient sur la ligne médiane, il se produisait une tétanisation des muscles constricteurs du larynx dont l'action l'emportait sur celles des crico-aryténoïdiens postérieurs. Schnitzler se rangea également à cette opinion, et expliqua de la sorte la paralysie double, avec lésion d'un seul récurrent : l'un des dilatateurs étant paralysé, l'autre tétanisé.

En Amérique, F. Donaldson et F. Hooper (de Boston) ont fait aussi des expériences à cet égard. Pendant que ce dernier pratiquait sur 42 chiens, 312 expériences, Donaldson en a de son côté entrepris un grand nombre. Hooper, après avoir pratiqué sur des chats l'électrisation du récurrent à sa périphérie, a obtenu la dilatation de la glotte, tandis que chez le chien le résultat était absolument opposé, car il se produisait au contraire de la contracture des muscles adducteurs, et par conséquent, du resserrement de l'orifice glottique. Toutefois cet auteur put, même chez ce dernier animal, obtenir de la dilatation et non de la contraction en soumettant le chien à la narcose profonde à l'aide de l'éther. Dans ces conditions, en effet, l'excitation du bout périphérique du récurrent produit non la

fermeture mais bien au contraire l'ouverture de l'orifice glottique; c'est ce que l'auteur américain appelle l' « *ether effect* ». M. Donaldson, de son côté, dit n'avoir pu obtenir la dilatation qu'avec un courant faible, tandis qu'un courant fort produisait l'occlusion du larynx.

Gerhardt (de Wurtzbourg), par simple électrisation à travers la peau des muscles du larynx, aurait obtenu la fermeture de l'orifice glottique, ce qui semblerait confirmer l'opinion de Hooper. Malheureusement, dans ces cas, on peut reprocher à ce mode d'électrisation de produire des phénomènes réflexes, ou des excitations à distance, qui enlèvent à l'expérience ainsi conduite, une grande partie de sa précision et par conséquent de sa valeur scientifique.

MM. Semon et Horsley, ayant à leur tour repris les expériences de Hooper et pratiquant la narcose avec de l'éther, purent eux aussi constater ce que l'auteur américain désignait sous le nom d' « ether effect »; mais ces expériences ne résolvaient pas le problème. Il vous suffira, en effet, de lire les conclusions du travail très consciencieux de M. Hooper pour vous convaincre de la réalité de cette assertion. « L'action du récurrent, dit-il d'abord, varie suivant les animaux; elle varie aussi suivant l'anesthésique employé et le degré de la narcose; aussi rien de positif ne peut-il ressortir de ces recherches minutieuses. » Permettez-moi d'ajouter encore, qu'avec mon ancien chef de clinique, le Dr Natier, nous avons repris les expériences de Hooper sur des chiens et que comme lui nous avons été à même d'observer l' « ether effect » et le tremblement (vibration) des cordes qui précède quelquefois leur contraction violente. Avec le chloroforme, l'excitation du récurrent produisait la fermeture tétanique de l'orifice glottique aussi longtemps que durait le passage du courant, et l'on voyait nettement l'aryténoïde contracté se déjeter en dedans du larynx, la corde paraissait raccourcie, parfois d'un tiers plus courte que sa congénère, suivant l'intensité électrique.

M. Tissier (de Paris), dans un article sur les sténoses glottiques chez les tuberculeux, a admis *a priori* que l'excitation du bout périphérique du récurrent produisait de la contracture, c'est-à-dire la position médiane de la corde vocale. Ce nerf comprenant des fibres venant du pneumo-gastrique et du spinal, il est à croire, dit M. Tissier, que puisque l'excitabilité électrique du premier de ces nerfs s'épuise plus vite que celle du deuxième, le spinal conserve son action plus longtemps que le pneumo-gastrique. Il en résulte que l'influence phonatrice s'exerçant seule, la corde vocale se place sur la ligne médiane dans la position de phonation. Il y aurait en somme prédominance de la fonction phonatrice sur la fonction respiratoire.

Cette hypothèse peut être fort ingénieuse, mais elle est à coup sûr bien loin de nous satisfaire, parce qu'elle est contraire à la conservation naturelle de l'individu; en effet, si théoriquement, une fonction doit être prédominante, c'est certainement celle qui préside à la respiration.

Tout récemment enfin, M. Massei, qui tout d'abord s'était, avec beaucoup d'autres, rallié à la théorie de Semon, vient de se séparer de lui en admettant que l'excitation du récurrent par névrite ou compression, produit, au début, de la contracture de la corde vocale, et plus tard, quand les fonctions nerveuses sont abolies, de la paralysie. C'est, du reste, ce qui se passe pour les autres filets nerveux, et l'on se demande vraiment pourquoi le larynx ferait seul exception à cette règle qui semble générale. C'est la théorie à laquelle je me rallie complètement ayant été à même de voir assez souvent une contracture, d'une durée plus ou moins grande, précéder la paralysie de l'un des ligaments thyro-aryténoïdiens.

Dans les deux cas, la corde atteinte occupera la ligne médiane. C'est là le fait de beaucoup le plus fréquent, comme l'a observé Semon, mais les deux lésions seront parfaitement

distinctes l'une de l'autre, et je vous indiquerai tout à l'heure, en traitant la question du diagnostic, la manière de les reconnaître. Restera à expliquer la position externe de la corde (en abduction), observée dans quelques cas et dont M. le Dr Charazac a rapporté un exemple bien net; ce problème sera évidemment difficile à résoudre, à moins d'admettre que chez certains sujets l'excitation du récurrent produise la dilatation et non la fermeture de l'orifice glottique, comme Hooper l'a remarqué pour le chat. Ces observations seraient alors considérées comme de véritables anomalies dans lesquelles l'action du crico-aryténoïdien postérieur l'emporterait sur celle des constricteurs dégénérés peut-être.

Je me hâte d'ajouter que des recherches toutes récentes de MM. Semon et Horsley, sur l'existence d'un centre cérébral du larynx, sembleraient devoir jeter quelque lumière sur cet intéressant sujet, qui reste cependant encore à l'étude.

Marche. — Durée. — Ces paralysies ont une marche qui varie absolument suivant leur cause. S'agit-il d'une affection transitoire et de courte durée, les fonctions du récurrent seront vite rétablies. Si, au contraire, le nerf a été longtemps comprimé, la corde vocale pourra conserver toujours la position vicieuse occupée par elle. Seule l'hystérie s'accompagne de paralysies vocales disparaissant aussi subitement qu'avait été soudaine leur apparition. Les troubles consécutifs à un état catarrhal ne résistent guère non plus au traitement et il est assez fréquent de les voir disparaître sous l'influence d'une médication même assez légère, qu'elle soit du reste médicamenteuse ou simplement mécanique. Ai-je besoin d'ajouter que ce que je viens de vous dire vous indique la marche générale de l'affection dans les cas de compression du récurrent. Au début, alors que le nerf sera simplement excité, vous observerez les phénomènes d'excitation, contracture; puis, à mesure que la compression augmentera et que les filets

nerveux dégénéreront, la paralysie plus ou moins complète du ruban vocal se montrera.

Diagnostic. — Il est parfois très difficile de porter un diagnostic exact. En premier lieu, vous devrez rechercher la cause de la paralysie ou de la contracture; si vous soupçonnez une compression : le point où elle s'exerce, la nature de l'agent compresseur. S'agit-il de l'aorte, de la sous-clavière, du poumon, du cœur, du médiastin, d'une inflammation locale, de ganglions hypertrophiés, du corps thyroïde, de tumeur de l'œsophage, etc., etc., d'une intoxication? L'hystérie présente parfois beaucoup d'embarras, surtout si la paralysie dont elle s'accompagne est unilatérale, ce qui arrive très fréquemment. Vous devrez alors rechercher s'il existe de l'anesthésie du côté du pharynx, du voile du palais, de la luette, du tégument externe, ou d'autres signes de cette névrose autant de symptômes susceptibles parfois de vous mettre sur la voie du diagnostic. Une fois les causes de compression éliminées, vous devrez songer aux névrites diathésiques ou autres, aux lésions centrales.

L'œdème de la glotte, ou mieux des replis ary-épiglottiques, se reconnaîtra au gonflement de la muqueuse et à sa rougeur. Il a été signalé un cas de trichinose des muscles du larynx par Navratil, mais, le fait est si rare qu'on ne saurait lui accorder qu'une importance absolument relative.

Les cicatrices vicieuses provenant d'affections anciennes du larynx s'observent parfois; vous rencontrerez encore des ankyloses des articulations crico-aryténoïdiennes. S'il n'existe de cicatrice vicieuse que sur un seul côté du larynx, une seule corde vocale pourra être bridée, mais alors au-dessus d'elle, il vous sera généralement possible d'apercevoir une saillie indiquant qu'il s'agit bien d'un reliquat pathologique.

Vous trouvez-vous en présence de l'ankylose d'une seule

articulation vocale, les symptômes objectifs dont elle est accompagnée sont assez nets pour permettre d'éviter l'erreur. Vous constatez, en effet, du gonflement de la région aryténoïdienne; les aryténoïdes et les petites éminences cartilagineuses qui les surmontent n'apparaissent pas nettement; il y a là une tuméfaction et un empâtement décelant une lésion matérielle. De plus, les arthrites crico-aryténoïdiennes sont rarement isolées; fréquemment vous les observez dans la syphilis ou dans la tuberculose, accompagnées de lésions concomitantes indiquant leur véritable nature.

Les néoplasmes du larynx (polypes), et les gonflements de la région aryténoïdienne empêchent également les cordes vocales de se rapprocher; mais alors vous établirez aisément le diagnostic différentiel, grâce à la saillie de la région postérieure, à son état papillaire et velvétique.

Dans la respiration normale, au moment où l'on examine le larynx, certaines personnes tiennent leurs cordes légèrement écartées et cet état pourrait simuler une paralysie; mais il vous suffira de prier votre malade de respirer tranquillement, sans émotion, pour voir cette prétendue paralysie disparaître aussitôt. Rappelez-vous cependant cette particularité capable d'induire en erreur des praticiens peu familiers avec les examens laryngoscopiques.

Existe-t-il de la contracture des muscles adducteurs, vous la distinguerez de la paralysie aux signes laryngoscopiques suivants : tandis que dans cette dernière vous voyez, au moment de la phonation, les aryténoïdes être sur un même plan horizontal et la corde rester presque rectiligne d'avant en arrière, immobilisée en position vocale, dans la contracture, au contraire, l'aryténoïde se porte en dedans de son congénère et la corde semble plus courte que celle du côté opposé. De cette sorte, pendant la phonation, l'aryténoïde du côté contrac-

turé apparait dans le miroir, un peu au-dessus de celui du côté normal, et dans certains cas même il dépasse la ligne médiane et empiète sur le côté sain. Il résulte de cette situation que le



Fig. 23.

Aspect du larynx pendant la phonation, la corde gauche (côté droit de l'image), est contracturée.

Fig. 24.

Larynx vu pendant l'inspiration, la corde gauche contracturée occupe la ligne médiane qu'elle dépasse même.

ruban vocal, décrivant un léger arc de cercle à concavité intérieure, paraît plus court que son congénère.

Pendant l'inspiration, l'aryténoïde du côté contracturé reste complètement immobile, tandis que dans la paralysie, il subit parfois de très légères oscillations. Il vous suffira, du reste, d'avoir votre attention attirée de ce côté pour apprendre à ne plus jamais confondre ces deux sortes de lésions si distinctes l'une de l'autre.

Si vous examinez, pendant la phonation, un malade ayant eu jadis une paralysie de l'un des récurrents avec immobilité de la corde vocale par dégénérescence du nerf, vous verrez presque toujours la corde vocale restée saine compenser en partie le défaut d'action de celle du côté opposé; et le rapprochement se faire encore grâce au chevauchement des aryténoïdes l'un sur l'autre. (Voir fig. 19, page 308.)

A l'examen laryngoscopique, vous voyez alors les deux cartilages aryténoïdes placés l'un au-devant de l'autre, et l'une

des cordes vocales être immobile tandis que celle du côté sain décrit une courbe exagérée, prenant presque la position d'un ruban contracturé. Au moment où le malade respire, vous constatez aisément l'immobilité de l'un des côtés de l'organe de la voix.

Pronostic. — Les paralysies des muscles du larynx ne sont graves que suivant la cause productrice de la lésion, mais le pronostic peut s'assombrir, s'il vient à survenir de la paralysie des deux dilatateurs. La respiration est alors compromise et la trachéotomie devient une opération nécessaire. Souvent même la mort s'ensuit avant que l'on ait pu intervenir. Mais, avant de pratiquer une opération quelconque, il vous faudra rechercher avec soin la cause de la paralysie; car, s'il s'agissait d'une manifestation de la diathèse syphilitique, vous devriez tout d'abord essayer le traitement spécifique.

Dans l'hystérie, vous serez quelquefois obligé d'intervenir lorsque l'affection, du reste très rebelle, ne cédera pas au traitement habituel. Il vous faudra être très prudent dans ces cas, car un médecin de New-York raconte avoir vu une contracture musculaire du larynx se produire subitement dans le service de M. Charcot, au moment où ce praticien venait de percuter légèrement l'organe vocal d'une névropathe.

Il me paraît superflu d'ajouter que, dans les paralysies unilatérales, le pronostic est bénin, car l'existence n'est pas mise en danger, et vous pourrez même considérer comme exceptionnels les faits dans lesquels la paralysie, unilatérale d'abord, est devenue ensuite bilatérale (Johnson, Baumler, etc.); il est plus habituel de voir l'affection persister pendant des années sans amener d'autres troubles que ceux de la phonation. Bien entendu, le pronostic s'assombrit si la cause de la lésion laryngée est grave; mais envisager la question à ce point de vue serait sortir de notre cadre habituel.

Traitement. — Je viens de vous parler de l'intervention chirurgicale possible dans les lésions que nous avons étudiées. Quant à la question du traitement de la paralysie elle-même, nous l'envisagerons plus tard, après avoir passé en revue les différents troubles pouvant atteindre isolément chacun des muscles qui actionnent l'organe de la voix.

TRENTE-UNIÈME LEÇON

Paralysies isolées des muscles du larynx.

SOMMAIRE. — Quelques mots d'étiologie générale. — 1° Paralysie du crico-aryténoïdien latéral. Peut-il être atteint isolément? Quel est l'aspect du larynx dans ces cas?

2° Paralysie du thyro-aryténoïdien. Elle est fréquente; la cause la plus habituelle est l'inflammation. — Aspect du larynx. Suivant que la paralysie est complète ou incomplète, les signes laryngoscopiques sont variables; nodules des cordes vocales; diphtonie. — Le diagnostic est facile; le pronostic bénin; le traitement sera étudié plus tard.

3° Ruptures du thyro-aryténoïdien. Elles sont peu ou pas connues; causes habituelles. Aspect du larynx. — Le pronostic est grave. — Indications thérapeutiques.

MESSIEURS,

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE. — Les paralysies isolées des muscles du larynx ont une étiologie identique à celle de la paralysie des récurrents. Elles peuvent provenir d'affections centrales, de névrites périphériques, ou encore de myopathies primitives, comme M. Morell-Mackenzie en signale un cas, dans lequel la lésion portait sur le muscle aryténoïdien. On comprend également que les paralysies des thyro-aryténoïdiens puissent être de nature myopathique, ce sont là toutefois des faits d'une rareté excessive.

On a dit encore que les paralysies isolées des muscles laryngiens pourraient se rencontrer dans le rhumatisme. Romberg, et avec lui d'autres auteurs, en rapportent des cas; mais jusqu'à plus ample informé, je me permets de douter de leur authenticité absolue.

J'ai eu, quant à moi, assez récemment l'occasion d'examiner un malade chez lequel on avait cru pouvoir rattacher au rhumatisme certaine paralysie laryngée dont il était atteint. Or, après examen de la cavité laryngienne, je me crus en droit de soupçonner une tout autre étiologie, et mes soupçons furent pleinement confirmés par un de mes confrères qui découvrit une dilatation anévrysmatique du côté de l'aorte.

M. Gottstein est également de mon avis, car il recommande la plus grande circonspection sur le diagnostic de paralysie rhumatismale des cordes vocales, auquel on n'est en droit de s'arrêter qu'après que toutes les autres causes possibles peuvent s'éliminer avec certitude.

On a encore incriminé les tumeurs de voisinage par la compression qu'elles viennent exercer sur les récurrents. L'anémie, l'hystérie peuvent aussi déterminer des paralysies imitées à un seul muscle. Certains auteurs ont prétendu qu'il était possible d'en voir survenir à la période cataméniale; mais je crois qu'il s'agirait plutôt alors d'une névropathie générale avec retentissement particulier sur le larynx.

Ces paralysies isolées peuvent atteindre le crico-aryténoïdien latéral, le thyro et l'ary-aryténoïdiens. Nous allons étudier successivement les symptômes occasionnés par la perte du mouvement de ces différents muscles. J'élimine les lésions des crico-aryténoïdiens postérieurs et celles des crico-thyroïdiens, dont nous avons suffisamment examiné déjà les troubles paralytiques.

1° — **Paralysie du crico-aryténoïdien latéral.**

On pourrait se demander si le crico-aryténoïdien latéral peut être paralysé isolément, et sa paralysie reconnue au laryngoscope? Parmi tous les auteurs, seul Elsberg (de New-York) a relaté la paralysie isolée de ce muscle qui est excessivement rare et le plus souvent associée à celle des thyro-aryténoïdiens. L'auteur américain, se basant sur les expériences qu'il avait entreprises à cet effet, a pu décrire cette forme et en donner une figure d'après l'image laryngoscopique qu'il avait obtenue.

L'étiologie de la paralysie du crico-aryténoïdien ne diffère en rien de celle de la paralysie des autres muscles du larynx et je considère comme tout à fait superflu d'y insister ici, après ce que nous en avons déjà dit précédemment.

A l'examen laryngoscopique, dans les cas de paralysie des deux crico-aryténoïdiens latéraux, vous constaterez les particularités suivantes : l'orifice glottique aura une forme rhom-

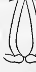


Fig. 25.

Aspect schématique du larynx dans la paralysie du crico-aryténoïdien latéral d'après Elsberg.

boédrique; les cordes vocales adossées à la partie postérieure, grâce à la contraction des muscles transverses, resteront au contraire écartées l'une de l'autre sur la ligne médiane.

Le malade est complètement aphone, tout comme s'il existait de la paralysie des constricteurs. M. Morell-Mackenzie, ayant trouvé chez un malade la corde vocale d'un côté maintenue près de la paroi du larynx pendant les efforts de phonation, alors que la corde saine se plaçait au contraire en position phonatoire, a décrit ce cas comme un type de paralysie d'un seul côté du muscle crico-aryténoïdien latéral. Mais Gottstein pense qu'il s'agissait plutôt d'une paralysie unilatérale de tous les adducteurs. Il ne peut du reste concevoir la possibilité de distinguer entre elles cliniquement et laryngoscopiquement ces deux sortes de paralysies. Il est incontestable, en effet, que pareille distinction sera la plupart du temps fort difficile, d'autant plus qu'il sera très rare, comme je vous le disais tout à l'heure, d'observer une paralysie limitée à ce muscle.

2° — Paralysie du muscle thyro-aryténoïdien.

De par sa situation, le muscle thyro-aryténoïdien est certainement de tous les muscles du larynx le plus exposé à la paralysie. Placé, en effet, immédiatement au-dessous de la muqueuse vocale, dès que celle-ci devient le siège d'une inflammation quelconque, elle a son retentissement immédiat sur la couche musculaire qu'elle recouvre. Vous n'ignorez pas que ce muscle se compose de deux ordres de fibres ; les unes internes, constituant ce que l'on appelle le thyro-aryténoïdien interne, et les autres externes, formant le thyro-aryténoïdien externe. Le thyro-aryténoïdien interne serait celui des deux qui offrirait le plus d'importance.

C'est probablement lui qui, par sa contraction, donne la hauteur du son.

Étiologie. — En dehors des causes générales que je vous ai signalées au début de cette leçon, je dois ajouter que la paralysie du ou des thyro-aryténoïdiens reconnaît pour causes : l'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse vocale; celle-ci fréquente chez les avocats, les chanteurs, les prédicateurs et les rhumatisants.

On a encore incriminé les efforts exagérés; mais ici, la paralysie pourrait bien n'être autre chose que le résultat d'une rupture musculaire; il s'agirait alors d'un véritable coup de fouet, analogue à celui du mollet. J'ai déjà eu l'occasion d'observer quelques faits de ce genre et l'un de mes élèves, M. le Dr Lacoarret, en a même rapporté un exemple typique dans les *Annales de la polyclinique de Bordeaux*. J'inclinerais quant à moi pour cette dernière opinion.

Symptômes. — Les muscles thyro-aryténoïdiens peuvent être frappés ou bien d'un seul côté, ou, au contraire, des deux côtés à la fois; cette perte du mouvement peut en outre s'accompagner de la paralysie ou de la parésie des autres adducteurs.

Dans les paralysies incomplètes, la voix est le plus souvent enrouée, dysphone et en même temps diphtone. Quand existent deux sons, il est bon de savoir qu'ils sont toujours en harmonie l'un avec l'autre et généralement émis à l'octave ou à la tierce l'un de l'autre.

La paralysie est-elle au contraire complète, la voix est alors cassée, aphone, ou tout au moins certaines syllabes ne peuvent être prononcées. On observe, en pareil cas, toutes les modifications de la voix constatées dans la laryngite catarrhale aiguë et sur lesquelles j'ai suffisamment insisté pour qu'il me soit inutile d'y revenir ici.

Du côté de la respiration, pas de troubles. La toux est en rapport avec la cause de l'affection. Il n'existe, en somme,

d'autres symptômes fonctionnels que les troubles vocaux dont je viens de vous parler.

A l'examen laryngoscopique, de même que dans la paralysie des tenseurs, les cordes vocales ont une forme ondulée, de même vous observerez de l'ondulation des cordes dans la paralysie des thyro-aryténoïdiens. Il faut cependant noter qu'il existe des espaces libres, et qu'au niveau du point où se juxtaposent les cordes, il se forme de véritables nœuds de vibration. Les cordes vocales semblent pour ainsi dire détendues d'avant en arrière; elles paraissent petites, ayant leur



Fig. 26.

Aspect schématique des cordes dans la paralysie complète des thyro-aryténoïdiens.

Fig. 27.

Aspect schématique des cordes dans la parésie et dans les cas de diphtonie.

bord libre mal tendu, et sinueux. La glotte a une forme irrégulière s'étendant depuis la commissure antérieure des cordes jusqu'à la portion cartilagineuse aryténoïdienne.

Si le muscle est simplement parésié, la voix est diphtone; il existe comme une double glotte, dont l'une (antérieure) est généralement plus petite que l'autre. Le point de contact des rubans vocaux se fait le plus souvent dans le tiers antérieur et parfois dans le tiers postérieur. Au moment de l'inspiration, lorsque les cordes se séparent, elles semblent recouvertes, dans leur point de contact médian, de deux petites mucosités qui très souvent adhèrent à ce niveau. Toutefois, après un nettoyage du bord libre de la corde, vous pourrez encore voir

persister ce que le Dr Wagnier appelle des nodules; c'est-à-dire deux petites saillies symétriquement placées, et ayant l'aspect de deux polypes minuscules atteignant à peine le volume d'une petite tête d'épingle.

Vous trouverez constamment, dans ces cas, les rubans vocaux ternes, grisâtres, dépolis, quelquefois rouges ou rosés, d'autres fois lisses, comme dépouillés de leur couche épithéliale, et à un éclairage puissant (lumière de Drummond), vous apercevrez nettement de petits vaisseaux sillonnant la surface des cordes, et se dirigeant parallèlement à ces dernières. C'est surtout chez les chanteurs fatigués, chez les professeurs, en un mot chez les personnes ayant usé et même abusé de leur voix, que vous constaterez cet état spécial des cordes, avec les nodules auxquels je viens de faire allusion, et que je crois être la conséquence d'un défaut de tension longitudinale des cordes, conséquence de la parésie des thyro-aryténoïdiens.

Les modifications de la voix correspondant à ces lésions sont absolument variables. Si le rapprochement des cordes vocales a lieu en avant, le son grave est le plus net; si c'est en arrière, c'est le contraire qui se produit. La diphtonie est un symptôme fréquent, mais qu'il faut chercher quelquefois.

Il arrive assez souvent que vous trouvez associée à la paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens, celle des muscles transverses. J'ai même eu l'occasion de signaler au Congrès de Toulouse, deux faits de ce genre dans lesquels les paralysies avaient été consécutives à des laryngites catarrhales aiguës. On voit alors survenir une aphonie complète qu'il faut attribuer à la béance des deux glottes cartilagineuse et ligamenteuse.

Il n'est pas rare, dans les cas de paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens, de voir à l'occasion des efforts de phona-

tion se produire une juxtaposition presque complète des bandes ventriculaires ; c'est même là une cause d'erreur pour certains praticiens qui s'imaginent avoir affaire à un gonflement œdémateux des fausses cordes. Gottstein cite dans son livre deux faits semblables où l'intervention thérapeutique fut tout à fait inopportune, car on pratiqua des inhalations, des cautérisations, etc., qui naturellement ne furent suivies d'aucun résultat, alors qu'un traitement rationnel amena au contraire la guérison ; mais il me suffira de vous signaler cette cause d'erreur pour vous la faire éviter.

Diagnostic. — Le plus souvent, il est possible, à l'aide du laryngoscope, de déterminer les causes de l'enrouement. La paralysie des thyro-aryténoïdiens pourrait être confondue avec celle des crico-thyroïdiens, mais dans ces derniers cas, vous n'observez point les nodules dont je viens de vous parler, vous voyez une véritable ondulation des cordes, dont les sinuosités sont bien moins prononcées ; la couleur des rubans est plus normale lorsque le crico-thyroïdien seul est atteint ; de plus, il existe alors des troubles du côté de la sensibilité de la muqueuse laryngée. La voix est plus altérée si les thyro-aryténoïdiens sont lésés. Par conséquent, du fait même de la manière dont se fait le contact des cordes vocales, vous pouvez conclure à la paralysie des crico-thyroïdiens ou bien au contraire à celle des thyro-aryténoïdiens. Quant au prétendu œdème ou gonflement des bandes ventriculaires, vous le reconnaîtrez en pratiquant l'examen pendant la respiration tranquille, pour apercevoir ces rubans sous leur véritable aspect.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic avec les autres troubles musculaires du larynx, car ils offrent tous des particularités bien nettes et bien saillantes qui les distinguent de celle que nous venons d'étudier.

Plus souvent la paralysie du ou des thyro-aryténoïdiens

passera inaperçue, si votre attention n'est pas appelée de ce côté ou si vous ne pratiquez pas sérieusement l'examen laryngoscopique et pendant la phonation et pendant la respiration. Laissez-moi ajouter que les ruptures musculaires se reconnaissent à des signes bien nets sur lesquels je vais insister tout à l'heure.

Pronostic. — La paralysie des thyro-aryténoïdiens offre, en général, un pronostic peu grave. Il devient cependant plus sombre quand il s'agit de personnes pour lesquelles la voix peut être considérée comme un instrument de travail. C'est ainsi que chez les chanteurs, la voix se fatigue vite, perd son timbre, sa pureté, sa sonorité même, et l'état s'aggravant, l'artiste se voit bientôt obligé de renoncer à sa profession. Seules, les paralysies que j'appellerai inflammatoires, cèdent rapidement au traitement, sans laisser après elles aucune trace, à la condition toutefois, pour le chanteur, de ne pas reprendre trop tôt le service qu'il exige de son larynx.

Quant au traitement, je me bornerai à vous dire que le repos le plus absolu de l'organe est d'abord le point essentiel. Si la cause du mal vous est connue, vous aurez à la combattre par les moyens appropriés. Pour ce qui concerne le traitement de la paralysie, nous nous en occuperons à la fin de nos leçons sur cet ensemble de troubles musculaires, ce qui nous permettra d'éviter des redites inévitables en pareil cas.

3° — Rupture du thyro-aryténoïdien.

Comme corollaire à la leçon qui précède, je crois utile d'appeler votre attention sur des troubles de la muqueuse vocale, qui ont encore échappé à presque tous les observateurs, je veux parler d'une rupture de quelques fibres du

thyro-aryténoïdien. Il m'est déjà arrivé, à trois reprises, de constater nettement cette lésion, et c'est en me basant sur ces observations recueillies avec soin (Voir *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, fasc. 1, janvier 1889, page 16), que je vais vous décrire cette sorte de lésion.

Sachez d'abord que cette rupture s'observe généralement à la suite ou pendant des efforts vocaux exagérés; je l'ai rencontrée chez un crieur public, chez un marchand ambulant, chez un chanteur qui resta aphone en chantant le fameux « Suivez-moi » de *Guillaume Tell*.

Vous comprenez aisément que sous l'influence d'un effort vocal brusque et violent, le muscle thyro-aryténoïdien se contractant avec une énergie démesurée et désordonnée, il peut se faire dans son intérieur, et principalement au niveau du faisceau interne, plus grêle et moins résistant, une rupture de quelques fibres. Comme cela se produit dans les ruptures musculaires ordinaires, le malade ressent subitement, au moment de l'émission forcée du son, une vive douleur, coup de fouet dont parlent les auteurs; la voix se casse instantanément et reste à tout jamais cassée.

Je n'insiste pas davantage sur les troubles vocaux qui n'offrent rien d'absolument caractéristique : la voix est éraillée, offrant ce timbre spécial que vous connaissez bien et qui lui a valu le nom de « voix cassée ». L'émission de la voix chantée est absolument impossible.

Après un certain temps, très court en général : quelques minutes à quelques heures, la douleur disparait complètement et les troubles de la phonation constituent à eux seuls tout le cortège fonctionnel de la lésion.

Au laryngoscope, vous verrez très nettement qu'au point où s'est produite la rupture, on trouve une légère encoche, accompagnée d'une suffusion sanguine, parfois peu abondante, et qui n'existe même plus si les lésions durent depuis déjà quelque

temps. Pendant la phonation, la corde vocale paraît dépolie, détendue, et les faisceaux rompus, se contractant isolément ou unis par une cicatrice lâche, déterminent à leur niveau, en se rétractant, une légère tuméfaction de chaque côté de la dépression; ce gonflement fait paraître la corde arrondie plus courte



Fig. 28.

Aspect schématique des cordes dans les cas de rupture du thyro-aryténoïdien; la lésion porte ici sur la corde gauche (côté droit de la figure).

et ondulée, comme dans le cas de paralysie du thyro-aryténoïdien ou du crico-thyroïdien.

Il vous suffira de connaître la possibilité de cette lésion pour savoir la distinguer de toutes les autres : cette encoche de la corde vocale ayant un aspect absolument spécial que vous ne rencontrerez dans aucun autre trouble parétique du larynx.

Le thyro-aryténoïdien, étant le plus exposé, par suite de sa situation, sera le plus fréquemment atteint; cependant, les ruptures musculaires, au moment de la phonation forcée, peuvent se produire également dans les autres muscles constricteurs du larynx. Ce seront alors surtout les crico-aryténoïdiens latéraux qui en seront le siège. Les ary-aryténoïdiens, plus résistants, étant presque tout à fait à l'abri de cet accident.

Les symptômes, fournis par l'examen direct, ne différeront pas, dans l'un et l'autre cas, de ceux que l'on rencontre dans la paralysie isolée de ces muscles; ils seront plus ou moins complets, selon l'étendue des lésions. Vous observerez, en outre, une intégrité absolue des cordes vocales, et le diagnostic se

fera par les commémoratifs et par la disparition plus ou moins rapide des accidents.

Quant au pronostic, il est grave, en ce sens que la lésion est ici définitive, et que la voix est à jamais cassée et fêlée.

Le traitement, fort difficile à appliquer, vous en comprenez les raisons, consistera en repos absolu de l'organe, révulsifs cutanés, pulvérisations et fumigations émollientes, enfin faradisation extra et intra-laryngée.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Paralysie de l'ary-aryténoïdien. Traitement des paralysies laryngées.

Sommaire. — Quelques mots d'historique. — L'affection est plus fréquente qu'on ne le suppose. — Causes spéciales de cette paralysie. — Les symptômes fonctionnels sont importants. — Caractères de la voix et de la toux. Du timbre dit croupal. — Examen du larynx. Les figures schématiques habituelles sont inexactes. Véritable aspect de l'organe dans ces cas. — Le diagnostic doit être fait entre la parésie et la paralysie avec les tumeurs de cette région. — La marche, la durée et le pronostic dépendent de la cause.

Paralysies combinées. Elles sont en partie connues. — Aspects divers du larynx.

Traitement des paralysies des divers groupes musculaires du larynx. — Il est nécessaire de connaître la cause de la paralysie et de la traiter en conséquence. — Paralysie névropathique. — Électrisation : Courants à employer; manière d'en faire usage. Électrisation externe ou directe; souffle électrique. — Gymnastique vocale; suggestion. — La trachéotomie est parfois nécessaire. — Utilité des préparations iodées. — Du sulfate de strychnine. Le traitement général est important.

Messieurs,

La paralysie de l'ary-aryténoïdien signalée par Türck, Mandl, par MM. Poyet et Lemarchand, dans leur travail inaugural, a surtout été étudiée par Elsberg, de New-York, et par plusieurs de mes élèves; c'est ainsi que MM. les Drs Ducau et Lauga ont publié une bonne étude sur cette question dans la Revue que je

dirige et M. Lecointre en a, sous mon inspiration, fait le sujet de sa thèse de doctorat (Bordeaux 1882). Ce dernier a pu en réunir dix-sept cas en compulsant bon nombre de publications, omettant toutefois de signaler l'observation de Türck. Il semblerait donc, au premier abord, d'après le petit nombre de faits publiés, que l'affection n'est pas fréquente, et cependant je vous avouerai qu'avec le regretté Elsberg je pense le contraire.

La paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien se rencontre dans bon nombre d'affections laryngées, et la parésie de ce muscle est à peu près constante dans la plupart des inflammations de la muqueuse vocale.

Étiologie. — Comme cause particulière à ce trouble musculaire, je pourrai vous dire que l'âge et le sexe sont absolument indifférents quand il s'agit de paralysies inflammatoires, mais que le sexe féminin est plus particulièrement prédisposé aux paralysies dites nerveuses.

La paralysie isolée et complète s'observe peut-être plus fréquemment chez l'adulte, tandis que la paralysie isolée et incomplète au contraire est l'apanage presque exclusif de l'enfance.

Parmi les autres causes, je vous signalerai encore les inflammations limitées à l'espace inter-aryténoïdien qui produisent l'altération du mouvement dans ce muscle, comme le fait s'observe pour le thyro-aryténoïdien. L'hystérie est encore un facteur important de paralysie complète et bien isolée de ce muscle.

Le cas de dégénérescence myopathique observé par Morell-Mackenzie est unique; encore l'auteur anglais n'est-il arrivé à porter ce diagnostic que par cette raison seule qu'il n'avait pu réussir à guérir son malade; aussi je ne crois pas que l'on soit absolument bien fondé à faire rentrer cette altération musculaire dans l'étiologie de ce genre d'affection.

Symptômes. — Les auteurs ne sont nullement d'accord sur les troubles vocaux dus à la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien. Pour Mandl, seul le registre supérieur de la voix serait perdu; tandis qu'elle serait enrouée, rauque pour Elsberg; le malade est dans l'impossibilité de siffler, dit Poyet. En un mot, presque chaque auteur a trouvé des troubles différents dans le ou les cas observés par lui. Il me semble cependant que le doute n'est plus permis aujourd'hui et que la plupart des praticiens qui ont envisagé cette question n'ont pas tenu un compte suffisant de ce que la paralysie pouvait être complète ou incomplète. Pour ma part, j'ai toujours constaté, dans le premier cas, une aphonie absolue; le malade, malgré le rapprochement exact des cordes vocales dans les deux tiers antérieurs, était aussi aphone qu'il l'est dans la paralysie des muscles constricteurs. Si, au contraire, le muscle était simplement parésié, la voix était alors étouffée, rauque et non aphone. Ces faits me paraissent, Messieurs, absolument indéniables, car j'en ai maintes fois acquis la preuve, et c'est précisément cette modification du timbre vocal, variant avec le degré de la paralysie musculaire, qui explique les différentes opinions des auteurs à cet égard.

Comme la voix, la toux est étouffée, rauque, même aphone; mais elle est surtout croupale, et c'est là un caractère très important au point de vue du diagnostic. La déglutition n'est pas troublée.

La respiration, normale chez l'adulte, est un peu gênée chez les enfants, surtout pendant la nuit. S'agit-il simplement chez ces derniers d'une paralysie musculaire, ou bien la scène est-elle dominée par les troubles concomitants? C'est la supposition qui me semble probable. Chez l'enfant, quand on observe de la toux croupale, il y a toujours en même temps de la laryngite catarrhale et de la tuméfaction de la muqueuse aryténoïdienne qui suffisent amplement à expliquer les troubles

glottiques, spasmes et accès de suffocation. Je ne reviendrai point sur cette importante question que je crois avoir suffisamment traitée au chapitre Laryngite striduleuse. (Voir p. 59.)

A l'examen laryngoscopique, si vous avez présents à la mémoire la situation du muscle ary-aryténoïdien et son rôle physiologique, il vous sera aisé de comprendre les troubles qui seront la conséquence de son défaut d'action.

Dans la paralysie complète, et pendant la phonation, les deux aryténoïdes restant écartés l'un de l'autre à peu près autant qu'ils le sont pendant l'inspiration, il en résultera que la région aryténoïdienne aura presque son développement maximum et l'image laryngoscopique sera constituée par un

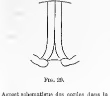


Fig. 29.

Aspect schématique des cordes dans la paralysie complète de l'ary-aryténoïdien.



Fig. 30.

Aspect schématique des cordes dans la paralysie incomplète de l'ary-aryténoïdien.

triangle glottique, à base postérieure, et à sommet antérieur remontant à peu près jusque vers le tiers antérieur des cordes vocales.

Dans la paralysie incomplète, le sommet du triangle se rapproche de plus en plus de l'angle thyroïde. De là des troubles fonctionnels variés dans les deux cas.

Sachez seulement que pendant la phonation les muscles du larynx voulant concourir à produire un son vocal se contractent d'une façon exagérée et les muscles ary-épiglottiques fortement tendus eux aussi, ainsi que les fibres musculaires

des bandes ventriculaires, on ne voit plus l'intérieur du larynx, mais bien un organe fermé ou à peu près. C'est ainsi que *l'épiglotte très abaissée* en cache les deux tiers antérieurs ; les bandes ventriculaires masquent en partie les rubans vocaux, et les replis ary-épiglottiques, fortement portés en dedans, contribuent aussi à rétrécir le champ visuel. Les aryténoïdes, écartés, laissent entre eux un triangle glottique très limité. Mais à mesure que cédera la paralysie, peu à peu s'agrandira la partie visible au laryngoscope. Ce n'est donc point la figure schématique de la paralysie de ce muscle que vous avez sous les yeux, avec une épiglotte relevée sur la base de la langue, et un triangle glottique bien net; c'est au contraire un larynx contracté, une épiglotte très abaissée et une ouverture postérieure triangulaire qui constitueront la caractéristique de cette lésion.

S'il existe une laryngite catarrhale concomitante, vous en constaterez les symptômes habituels au moment de l'inspiration, alors que l'opercule glottique, se relevant, vous permettra l'inspection plus complète de la cavité laryngienne.

Diagnostic. — Cette paralysie est très importante et parfois assez difficile à reconnaître. En effet, dans la paralysie complète, le larynx étant pour ainsi dire ratatiné sur lui-même et la muqueuse vocale turgide, rouge, en même temps que la région aryténoïdienne semble tuméfiée, on pourrait croire à une laryngite inflammatoire avec congestion de la muqueuse postérieure. Pour vous assurer du caractère de l'affection, il vous faudra, à plusieurs reprises, faire respirer votre malade, voir si le gonflement ne disparaît pas et si vous avez sous les yeux une lésion inflammatoire, paralytique, ou les deux lésions combinées.

Les tumeurs inter-aryténoïdiennes se voient au laryngoscope; de plus, les aryténoïdes se rapprochent l'un de l'autre,

et vous constatez, dans tous les cas, les efforts qu'exécute le muscle inter-aryténoïdien pour rapprocher les éminences aryténoïdes; en même temps qu'eux, les autres muscles se contractent, mais non d'une façon exagérée.

L'ankylose double s'accompagne de symptômes concomitants très nets, sur lesquels il me paraît inutile d'insister.

Marche. — Durée. — La marche et la durée des lésions que nous venons d'étudier sous le nom de paralysies isolées dépendent absolument de la nature de l'affection et de la cause qui l'a produite. S'agit-il de paralysie myopathique, il serait puéril d'espérer un succès quelconque. Si l'affection est de nature inflammatoire, catarrhale, la marche sera relativement fort courte.

L'hystérie est-elle en cause, vous verrez alors le mouvement revenir dans le muscle paralysé aussi rapidement qu'il aura pu disparaître, et réciproquement.

Quant au pronostic, comme dans la plupart des cas, il est aussi sous la dépendance du facteur étiologique qui a produit le trouble musculaire.

Traitement des paralysies laryngées.

Le traitement des paralysies musculaires du larynx peut s'adresser, soit à la cause de la paralysie et être dans ce cas général, ou bien encore avoir en vue directement l'affection laryngée elle-même, auquel cas il est local.

Je ne m'appesantirai pas sur le traitement général, car il n'entre nullement dans le cadre de ces leçons d'étudier les médications applicables aux diverses lésions susceptibles d'amener des troubles de la motilité du côté de l'organe vocal. Tous les traités de pathologie contiennent à cet égard des indications suffisantes sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Pour ce qui concerne le traitement local, permettez-moi d'abord de vous dire qu'il faudra préalablement traiter l'inflammation, presque constante en pareil cas, de la muqueuse vocale, car autrement le traitement le mieux dirigé resterait sans résultat. L'irritation catarrhale de la muqueuse, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire dans nos précédentes leçons, sera combattue par des émollients, des pulvérisations, des attouchements au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, en un mot, par des solutions astringentes qui, dans aucun cas, ne devront être caustiques. Après un semblable traitement, la muqueuse recouvre en général son aspect normal au bout de sept à huit jours.

Dans les cas opiniâtres, vous pourrez faire de l'électrisation locale, et ici deux moyens s'offriront à vous.

Par un premier procédé, vous agirez à l'extérieur au moyen de courants, soit faradiques, soit continus. Je préfère, quant à moi, les courants faradiques, contrairement à la pratique de Massei qui aurait surtout eu à se louer des courants continus.

S'il s'agit d'électriser les crico-thyroïdiens, vous placerez les deux pôles, l'un au-devant du cartilage thyroïde et l'autre sur sa partie latérale. Si la paralysie a frappé les constricteurs, l'un des pôles sera placé à la nuque et l'autre au-devant du larynx ou sur les côtés du cou, à l'angle postérieur du thyroïde. Les pôles pourront encore être mis, tantôt latéralement, tantôt verticalement.

Certaines paralysies cèdent bien aux courants externes, mais il est souvent nécessaire de placer l'un des pôles à l'intérieur du larynx, ce qui constitue le second mode d'électrisation ou *électrisation directe*. Il est rare de voir les paralysies hystériques résister à l'électrisation pratiquée à l'intérieur du larynx; il suffirait même parfois (Moura) que le pôle fût appliqué sur l'épiglotte pour voir la voix reprendre son timbre normal.

Dans quelques cas, il est nécessaire de pénétrer jusque sur les cordes vocales, soit avec l'un des pôles, soit avec l'électrode double, placée au niveau de la région postérieure; d'autres fois, l'un des pôles est placé en dehors du larynx, et l'autre à l'intérieur. L'intensité du courant serait proportionnée au degré de la paralysie observée, à la résistance et à la tolérance plus ou moins grande du malade.

Quelque efficace que soit le traitement par l'électricité, vous ne devez cependant pas oublier qu'il n'est pas toujours suffisant pour maintenir la guérison. Il est souvent nécessaire d'instituer en même temps un régime général : toniques, solutions bromurées, douches, hydrothérapie, et une hygiène convenable capable de maintenir et d'accroître les bons effets obtenus.

C'est ainsi qu'une gymnastique vocale sagement comprise fournira d'excellents résultats. Vous ferez émettre des sons bien posés et tenus assez longtemps; vous ferez monter à plusieurs reprises la gamme sur les différentes voyelles de l'alphabet en priant le malade de n'émettre le son qu'après

avoir fait une longue inspiration. Il devra s'apprendre à parler en expirant, sans effort, en rejetant simplement l'air contenu dans sa poitrine et faisant une simple expiration sonore.

Certaines aphonies, momentanément disparues, ne tardent pas à revenir ; c'est alors que la gymnastique de la voix sera très utile ; aussi faudra-t-il se garder en pareil cas, comme on le fait maintes fois à tort, d'empêcher les malades de parler. Au début, vous ferez prononcer les mots lentement en recommandant de bien scander chacune des syllabes qui les composent, pour réapprendre ensuite votre malade à parler. Cette gymnastique sera continuée pendant assez longtemps pour que la voix reprenne bien son caractère normal. Si elle était insuffisante, vous devriez alors faire comprimer le larynx à sa partie postérieure pour rapprocher ainsi mécaniquement les aryténoïdes. Les malades eux-mêmes doivent être exercés à ce genre de compression qui rend la phonation plus facile.

Il n'est point rare dans les paralysies nerveuses (hystériques) que j'ai surtout en vue en ce moment, de constater l'existence de véritables zones phonogènes sur l'un des côtés de l'organe vocal ; plusieurs d'entre vous ont même pu voir à la clinique une jeune fille atteinte d'aphonie nerveuse, chez laquelle la compression extérieure de la région postérieure du larynx d'un côté ramenait immédiatement la voix, tandis que la compression du côté opposé produisait au contraire l'aphonie. Vous savez que dans cette névrose, il faut vous attendre à toutes les particularités même les plus invraisemblables et que vous pourrez faire parler certains malades par la suggestion pure et simple, à l'état de veille Ce procédé réussit surtout très bien chez ces sortes de malades pour conserver le résultat obtenu à l'aide de l'électrisation. Je ne vous ai pas parlé du souffle électrique qui, à l'égal de l'électrisation directe, donne aussi de bons résultats.

Vous comprendrez aisément que le traitement qui précède

s'appliquera surtout aux paralysies névropathiques, car dans les troubles moteurs d'origine centrale ou par lésion des filets nerveux eux-mêmes (compression, névrites), l'électrisation donnera des résultats bien moins favorables.

La paralysie des dilatateurs nécessitera quelquefois des moyens plus radicaux. La respiration pourra être en pareil cas très compromise et la trachéotomie devenir une opération urgente. Le meilleur procédé sera alors la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, à cause de la facilité plus grande avec laquelle elle pourra être pratiquée, et aussi parce que la canule devant rester en place un temps relativement court, sera plus aisément enlevée.

Dans les cas douteux, vous devrez prescrire le traitement mixte, iode et mercure, et des badigeonnages iodés sur le trajet des récurrents. Vous ferez, par ces moyens, disparaître certaines paralysies nerveuses résultant de névrites aiguës ou de compressions dues à des ganglions tuméfiés. Cette dernière cause est, à mon sens, l'une de celles qui déterminent le plus souvent des paralysies unilatérales dont le mode de production échappe à l'examen le plus minutieux.

Laissez-moi enfin vous rappeler en terminant les préparations de noix vomique ou le sulfate de strychnine, ce dernier administré par la voie stomacale ou hypodermique, comme le conseille Lennox-Browne ; mais je ne dois point vous laisser ignorer que si le traitement par les préparations iodées et l'électrisation n'a pas donné de résultats, il est fort à craindre que la strychnine n'échoue à son tour.

Telles sont, Messieurs, les différentes médications dont vous pourrez disposer dans les cas de paralysies laryngées, dont vous vous attacherez avant tout à déterminer nettement l'origine et la cause première, pour agir ensuite avec plus d'assurance, et partant plus de succès.

XXXIIIe, XXXIVe ET XXXVe LEÇONS

Spasmes des muscles du larynx.

SOMMAIRE. — Définition. — Division du sujet. — La classification basée sur l'étiologie des spasmes musculaires est la plus commode pour l'étude de ces lésions.

MESSIEURS,

On désigne sous le nom de spasme des muscles du larynx une contraction passagère ou durable de tout ou d'une partie des muscles de cet organe.

Suivant que la contraction atteint tel ou tel groupe de muscles, on peut établir avec Elsberg, de New-York, la division suivante : 1° Spasme des muscles phonateurs; 2° des muscles inspirateurs (dilatateurs); 3° spasme des muscles constricteurs (adducteurs). Mais il est aussi possible et même préférable de faire une classification étiologique de ces troubles musculaires, savoir : 1° les spasmes fonctionnels; 2° les spasmes par irritation directe; 3° les spasmes d'origine périphérique; 4° les spasmes d'origine centrale; 5° les spasmes réflexes, et 6° les spasmes liés à une affection générale. C'est celle que nous adopterons et c'est l'ordre que nous suivrons dans l'étude que nous allons entreprendre de ces troubles musculaires.

1° — Spasmes fonctionnels, ou des muscles phonateurs.

Sommaire. — Dénominations variées. — La fatigue vocale en est la cause habituelle. — Ils sont faciles à reconnaître. — Nature des troubles vocaux. — L'examen laryngoscopique donne peu de résultats. — Marche, durée et terminaison de l'affection. — Le diagnostic est aisé. — Le pronostic est généralement grave; il existe des exceptions à cette règle. — Traitement local, général; l'examen des fosses nasales est nécessaire.

Sous le nom de spasmes fonctionnels, ou des muscles phonateurs, nous comprendrons une sorte de crampe professionnelle des muscles présidant à la fonction de la voix.

Décrite sous des noms assez variés, cette affection a successivement reçu les dénominations de contracture des muscles phonateurs (Elsberg), de spasme phonique (P. Koch), de mogiphonie (fatigue de la voix) (Fränkel, Bresgen), de dysphonia spastica (Schech), et de spasme professionnel qui est celle que nous choisirons.

Étiologie. — Comme l'indique cette dernière dénomination, la cause habituelle de cette névrose est la fatigue vocale exagérée.

Les efforts vocaux de toute sorte, le travail prolongé ou inaccoutumé de la voix sont au premier chef susceptibles de produire les troubles que nous allons étudier. Aussi avec P. Koch pourrons-nous comparer le spasme phonique à la crampe des écrivains, des joueurs de piano, de violon, etc.

Cet auteur rapporte, du reste, à l'appui de son dire, une observation bien faite pour nous convaincre de l'exactitude de cette comparaison. Toutefois la fatigue vocale ne saurait seule être mise en cause pour expliquer la production du spasme qui nous occupe en ce moment. Il faut aussi compter avec l'hystérie, ce véritable Protée dont il faut toujours tenir grand compte dans l'étiologie des névroses de sensibilité ou de la motilité des premières voies aériennes.

Dans d'autres cas, c'est du côté des fosses nasales qu'il vous faudra chercher l'explication des phénomènes observés, et c'est sur la pituitaire, plus ou moins altérée (végétations polypoïdes, hypertrophies, polypes, tumeurs diverses, etc.), que devra porter votre traitement.

C'est à des lésions de cet ordre que Bresgen attribue ce défaut de coordination des muscles du larynx auquel Frænkel a donné le nom de mogiphonie, non que cet auteur y voie l'expression d'un trouble réflexe, mais bien le résultat d'un obstacle mécanique à la respiration et à la sortie des ondes sonores, d'où surcroît de travail pour les muscles vocaux.

Trois des cas rapportés par Bresgen mettent surtout en évidence l'origine nasale de la maladie du larynx, puisque cette dernière guérit par le seul traitement appliqué à la membrane de Schneider hypertrophiée. Nous n'avons pas à nous occuper de l'explication de ces phénomènes; aussi nous bornerons-nous à enregistrer les faits pour nous les rappeler à propos du traitement.

A ces diverses causes, Schech ajoute les inflammations aiguës de la muqueuse de l'arrière-gorge ou du larynx, inflammations susceptibles de produire des troubles parétiques spéciaux sur lesquels j'ai déjà appelé votre attention à propos de la laryngite catarrhale aiguë; je n'y reviendrai pas aujourd'hui.

Dans quelques cas, les malades étaient porteurs de goîtres plus ou moins volumineux (Jonquière, Schech, Koch), et il

était alors possible d'admettre une irritation du ou des récurrents, dans certaines positions du cou ou de la tête, qui permettaient au corps thyroïde hypertrophié de venir titiller le nerf laryngé inférieur, ou quelques branches du laryngé supérieur, et de produire le spasme observé.

Rappelez-vous, enfin, que d'autres fois le spasme est d'origine centrale. C'est là une étiologie particulière sur laquelle nous reviendrons un peu plus tard.

Symptômes. — Le symptôme fonctionnel qui domine toute la scène est le trouble vocal résultant de la contraction brusque et rapide des muscles phonateurs. Ce n'est qu'au moment où le malade veut émettre un son, parler, lire à haute voix ou bien chanter, que la dysphonie devient évidente. La voix est alors entrecoupée, les mots hachés ne sortent qu'à demi et même pas du tout; il se produit, comme l'a fort bien dit M. P. Koch, un véritable « bégaiement des cordes vocales », dont l'intensité peut, vous le comprenez, être extrêmement variable.

C'est surtout pendant l'émission de certains mots que les troubles sont facilement appréciables, et l'aphonie presque complète. La phonation à voix basse est quelquefois possible.

La toux, le rire et le chuchotement s'effectuent habituellement d'une manière normale, mais dans les cas plus graves, ces diverses fonctions sont aussi compromises.

Les altérations de la voix varieront suivant qu'un seul groupe musculaire ou tous les muscles du larynx seront affectés de spasme, suivant que ce dernier sera transitoire (Jurasz), ou permanent (Krause, Michael); mais n'oubliez pas que nous avons surtout en vue, dans cette leçon, les spasmes passagers se produisant à l'occasion de l'émission de la voix, et empêchant le fonctionnement régulier des rubans vocaux.

La respiration reste absolument intacte; c'est là un fait important sur lequel j'appelle votre attention; mais lorsque le spasme vient de se produire et qu'il cesse pendant quelques instants, ce n'est pas, comme le dit avec raison M. P. Koch, une respiration profonde et sonore que l'on voit se produire, mais une expiration, un véritable soupir de soulagement, permettant à l'air retenu dans les poumons de s'échapper au dehors. Alors cesse cette sorte de voix comprimée si pathognomonique, résultat de l'accumulation de l'air que le malade ne peut plus émettre à son gré, en faisant vibrer au passage les cordes subitement rapprochées, et s'écartant à peine lorsque le spasme est violent et rapide.

L'examen laryngoscopique à l'état de repos ne fournit que des données négatives, l'image de l'organe étant absolument normale, tant qu'il remplit les fonctions respiratoires; mais à la moindre tentative de phonation, ou du moins, au bout de quelques instants, vous voyez les cordes vocales, subitement contracturées, se rapprocher brusquement l'une de l'autre et se juxtaposer, soit dans toute leur longueur, soit au contraire par une sorte d'ondulation qui les fait presque chevaucher l'une sur l'autre.

Suivant que le spasme se localisera aux muscles postérieurs (ary-aryténoïdiens), ou aux thyro-aryténoïdiens, vous aurez des images glottiques, passagères il est vrai, mais très variables comme aspect. Dans le premier cas, ce sont les deux aryténoïdes qui viendront butter l'un contre l'autre, produisant le rapprochement brusque des cordes; dans le second, c'est par une sorte d'ondulation antéro-postérieure que les lèvres glottiques se juxtaposeront plus ou moins sur toute leur longueur, tandis que la région postérieure restera presque béante. Dans ce dernier cas, les crico-aryténoïdiens latéraux participent habituellement au spasme.

D'une manière générale, ce sont les muscles phonateurs

(constricteurs) qui simultanément se contractent de la manière que je viens de vous indiquer.

Marche. — Durée. — Terminaison. — La marche de l'affection découle naturellement de la description que je viens de vous en tracer. Elle varie avec la cause qui l'a produite. Habituellement léger au début, le spasme peut aller en augmentant si le malade ne prend pas les précautions nécessaires pour en éviter l'aggravation. D'un autre côté ce symptôme n'apparaît chez certains malades qu'après des efforts vocaux exagérés, ou après l'émission de quelques sons. Une émotion un peu vive augmente généralement le trouble musculaire.

Quant à sa durée, elle est également variable : passager dans quelques cas, il prend chez d'autres malades une ténacité désespérante, au point qu'il ne cesse presque jamais et qu'alors sa durée devient indéfinie.

La terminaison par guérison est, je me hâte de le dire, assez rare, presque exceptionnelle même, la lésion reparaissant aux moindres efforts vocaux faits par le malade.

Pronostic. — Il résulte de ce qui précède que le pronostic du spasme professionnel des muscles phonateurs est une affection grave pour les personnes ayant besoin de leur voix, et avec Schech, Morell-Mackenzie et P. Koch, nous dirons qu'il est à peu près incurable. Presque seuls les troubles névropathiques bénéficieraient d'un pronostic moins sombre, puisque vous savez avec quelle facilité disparaissent chez les hystériques les manifestations variées de cette névrose ; mais n'oubliez pas aussi combien les récidives sont fréquentes, même dans les cas bénins en apparence.

Les spasmes ayant leur origine dans les fosses nasales seront aussi susceptibles de s'améliorer et même de guérir. Bien que

les cas de fatigue vocale de Bresgen ne rentrent pas tout à fait dans le cadre que je viens de tracer, ils s'en rapprochent assez, à mon sens, pour mériter d'être décrits parallèlement et par conséquent de bénéficier d'un pronostic favorable.

Diagnostic. — Je n'insisterai pas, Messieurs, sur un diagnostic qui me semble s'imposer à peu près de lui-même, tellement les troubles vocaux et l'examen du larynx sont caractéristiques. Le caractère passager de la contracture vous permettra d'éliminer tous les autres troubles de la motilité occasionnant des lésions permanentes visibles dans le miroir. Rappelez-vous seulement d'examiner les fosses nasales de vos malades pour vous assurer que vous ne trouverez pas dans ces cavités l'explication des phénomènes observés.

Traitement. — Dans une affection aussi rebelle que celle qui nous occupe, il me paraît inutile de vous conseiller de combattre tout d'abord la cause de la névrose si elle vous est connue. C'est ainsi que le repos de l'organe sera votre première prescription. Vous y joindrez, après un certain temps, la gymnastique vocale méthodique, faite avec une sage lenteur et une persévérance suffisante. En même temps vous ferez des applications de courants électriques, courants induits de préférence, appliqués soit à l'extérieur, au-devant et sur les parties latérales du larynx, un pôle à la nuque, et un au-devant de cet organe, ou de chaque côté, au niveau du point correspondant à l'articulation crico-aryténoïdienne. Vous pourrez encore placer l'un des pôles dans le larynx et l'autre extérieurement (nuque, thyroïde), ou tous les deux dans l'organe vocal (électrisation directe).

Le massage laryngé, l'hydrothérapie, les inhalations de chloroforme, les attouchements de la muqueuse avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10 ou au 1/5 seront successivement mis en usage.

A l'intérieur, vous administrerez, suivant les cas, du bromure de potassium, du valérianate de zinc, de l'atropine, de l'iode (cas de goitre), de l'huile de foie de morue, ou des toniques (quinquina, fer, exercice régulier), etc., etc.

Enfin, si les fosses nasales sont en cause, vous réduirez la muqueuse hypertrophiée, avec l'acide chromique ou le galvano-cautère, ou vous ferez disparaître les néoplasmes que vous croirez susceptibles de déterminer les troubles que vous aurez constatés. Pour ces divers traitements un peu spéciaux, je ne puis que vous renvoyer à mon manuel sur les maladies des fosses nasales (Paris 1886), dans lequel vous trouverez détaillés les divers procédés opératoires dont nous disposons aujourd'hui pour agir sur ces différentes altérations de la muqueuse pituitaire.

2° — Spasmes par irritation directe.

SOMMAIRE. — Ils sont assez communs. Mode de production. Leur étiologie est variée ; leur durée généralement courte. — Le pronostic, habituellement bénin, peut devenir grave. — Traitement prophylactique et traitement de l'accès.

Les spasmes par irritation directe s'observent dans le cours des inflammations aiguës de la muqueuse vocale chez quelques malades nerveux, prédisposés à ces sortes d'attaques. C'est ainsi qu'ils sont fréquents chez les enfants atteints de catarrhe aigu du larynx, puisqu'ils constituent chez eux une véritable entité morbide décrite sous le nom de laryngite striduleuse. Nous n'avons pas à revenir ici sur cette affection particulière

aux enfants et qui pourrait rentrer dans la catégorie des spasmes par irritation directe ou d'origine réflexe, suivant la pathogénie attribuée à l'accès.

L'œdème, brusque, aigu, de la muqueuse, faisant office de véritable corps étranger des voies aériennes, peut aussi devenir le point de départ de spasmes laryngés.

Les tumeurs pédiculées très volumineuses sont également susceptibles, au moment où elles se déplacent, de venir titiller des points de la muqueuse avec lesquels elles ne sont point en contact habituellement, et devenir, à ce moment, l'occasion d'un resserrement spasmodique des cordes vocales. Ce fait est rare cependant, étant donné que la membrane du larynx s'habitue d'ordinaire à ces titillations répétées qui, à la longue, ne produisent plus de réflexe. Il faut, pour que ce symptôme apparaisse, que le néoplasme ait acquis un volume assez considérable pour gêner l'entrée de l'air dans la trachée; le spasme alors, si léger qu'il soit, ne fait qu'augmenter la sténose respiratoire.

Les corps étrangers, au moment de leur introduction dans l'arbre respiratoire, déterminent une véritable révolte du sphincter des voies aériennes supérieures, produisant un spasme plus ou moins violent suivant la nature du corps introduit. Les liquides produisent le phénomène connu sous le nom d'engouement, c'est-à-dire une toux spasmodique qui se calme après quelques instants. Les inhalations de vapeurs ou poussières âcres, irritantes (acide sulfureux, ipéca en poudre, etc.), occasionnent aussi une véritable suffocation momentanée; mais les corps étrangers solides sont de beaucoup ceux qui déterminent les accès de spasme les plus graves, puisque l'asphyxie peut en être la conséquence immédiate. Nous verrons toutefois, en nous occupant de ces lésions, que ce symptôme initial n'est pas obligatoire.

Certains topiques introduits volontairement dans le larynx dans un but thérapeutique, peuvent également amener des spasmes. Telles sont, au premier chef, les solutions concentrées d'acide chromique, de nitrate acide de mercure, de nitrate d'argent, d'acide lactique. C'est principalement chez les malades dont on traite, pour la première fois, la muqueuse vocale, que ces spasmes sont les plus fréquents et atteignent une violence bien faite pour effrayer le médecin peu circonspect ou peu habitué aux manœuvres laryngoscopiques. Vous observerez aussi, chez quelques sujets nerveux, cette contraction passagère des muscles du larynx après un badigeonnage de la paroi pharyngienne ou un simple abaissement forcé de la langue.

Vous verrez tout à l'heure comment vous pourrez éviter ces accidents ou tout au moins les atténuer considérablement.

Symptômes. — Le spasme par irritation directe ne survient qu'au moment précis où l'une des causes que je viens de vous énoncer entre en action ; c'est vous dire que son début est brusque. Précédé quelquefois d'une sensation de chatouillement qui provoque une toux quinteuse, composée d'une série d'expirations rapides, auxquelles succède une inspiration sonore, sifflante, tout à fait caractéristique, il débute d'autres fois d'emblée par cet appel bruyant de l'air qui pénètre difficilement entre les cordes vocales contracturées. L'expiration est courte et superficielle, car le malade se hâte de reprendre son haleine, ce qu'il fait avec beaucoup de difficulté, quelquefois même pas du tout. Pour peu que cet état se prolonge, la face du patient se congestionne; ce dernier se lève sur son séant, courant à la fenêtre, le corps plié en avant, les lèvres entr'ouvertes, cherchant l'air qui ne s'introduit plus dans ses poumons. Pour peu que cet état se prolonge, c'est l'asphyxie et quelquefois la mort qui termine la scène.

Marche. — Durée. — Terminaison. — L'exposé rapide que je viens de vous faire, et que vous connaissez tous, vous indique à peu près la marche de l'affection qui nous occupe en ce moment.

Il est de règle de voir se reproduire le spasme chaque fois que la cause déterminante vient à agir. Toutefois, il est nécessaire de savoir qu'il ne revêt pas toujours le même caractère d'intensité. C'est ainsi, par exemple, qu'un topique porté dans le larynx, ayant une première fois occasionné une contraction violente, pourra à la deuxième ou troisième application ne produire qu'une légère sensation de constriction méritant à peine le nom de spasme. Il en est de même des vapeurs ou poussières qui ne sont irritantes qu'au début et auxquelles la muqueuse finit à la longue par s'habituer peu à peu.

La durée du spasme glottique qui fait l'objet de notre étude, est généralement assez courte s'il est très violent; mais si l'air pénètre encore dans les voies aériennes, la respiration sifflante, striduleuse, peut se prolonger pendant plusieurs minutes et même pendant plus d'une heure, comme le fait s'observe à la suite de certains attouchements caustiques de la muqueuse vocale (acide chromique, etc.).

Dans les cas de corps étrangers, la crise se reproduit à chaque déplacement subi par le corps du délit; c'est même là un signe assez caractéristique sur lequel nous aurons à revenir plus tard. Passager et d'assez courte durée suivant le point où s'est arrêté l'objet introduit dans l'arbre respiratoire, le spasme procède par crises plus ou moins éloignées, ou très rapprochées suivant les cas et les malades.

Généralement, après quelques inspirations sonores, sifflantes, la respiration devient peu à peu plus facile et le calme reparaît à la grande satisfaction du malade dont le visage reprend son teint normal.

Dans d'autres cas plus sérieux, je vous l'ai dit tout à l'heure, l'apnée est complète et l'asphyxie commençante arrête la contracture spasmodique, à moins que le malade ne succombe par arrêt du cœur. Cette terminaison fatale s'observe principalement chez les cardiaques, ou chez les sujets atteints de dilatation anévrysmale, le spasme occasionnant la rupture de la poche.

Pronostic. — Il découle naturellement de l'exposé que je viens de vous faire. Bénin dans la grande généralité des cas, il prend, vous le comprenez aisément, une gravité exceptionnelle lorsque la mort vient terminer la scène.

Diagnostic. — Je n'insisterai pas sur le diagnostic; les anamnestiques d'une part, et l'examen du larynx de l'autre, vous faisant, presque dans tous les cas, savoir à quelle cause vous pouvez attribuer la lésion et par conséquent connaître les moyens à employer pour la combattre. Quant au diagnostic du spasme lui-même, les symptômes par lesquels il se manifeste ne permettent pas d'hésiter sur la nature de la gêne respiratoire que le malade vous décrira, ou que vous aurez sous les yeux. Seule l'idée d'une affection réflexe pourrait vous arrêter quelques instants; mais, je viens de vous le dire, l'interrogatoire vous fixerait rapidement à cet égard.

Traitement. — Le premier traitement sera prophylactique, et il consistera, vous l'avez déjà compris, à soustraire le sujet atteint aux causes susceptibles de déterminer la laryngite spasmodique.

C'est ainsi que vous combattrez les poussées inflammatoires, ou œdémateuses, par les moyens que vous connaissez déjà; s'il existe une tumeur ou un corps étranger, vous en pratiquerez l'extraction par l'un des moyens que je vous indiquerai ulté-

rieurement. (Voir Polypes du larynx et corps étrangers; traitement.)

Le spasme est-il le résultat d'applications topiques ou d'inhalations irritantes, vous habituerez graduellement la muqueuse laryngée aux manipulations nécessaires et ferez une éducation de l'organe avant d'employer les topiques astringents ou caustiques qui déterminent ces accès de spasmes redoutables parfois, et toujours désagréables pour le patient et pour le médecin. Rappelez-vous aussi que ces sortes de contractures seront naturellement diminuées de fréquence et d'intensité si vous avez la précaution de n'appliquer de caustique qu'après avoir anesthésié la muqueuse vocale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (au 1/10 ou au 1/5). Dans tous les cas, lorsque vous pratiquerez un premier attouchement du larynx, assurez-vous que la respiration nasale s'effectue normalement, et si vous trouviez une gêne de ce côté, n'hésitez pas, comme le conseille M. le Dr Ruault, à pratiquer d'abord l'anesthésie de cette muqueuse avec la solution dont je viens de vous parler. La cocaïne produisant la rétraction de la pituitaire, vous rendez possible le passage de l'air par le nez et par conséquent, une fois le caustique porté dans l'organe vocal, vous permettez au malade de reprendre son baleine par cette voie, en fermant hermétiquement la bouche, méthode qui a pour résultat immédiat d'empêcher le spasme de se produire, ou tout au moins de l'atténuer.

Le traitement effectif de l'accès lui-même, consiste en effet à empêcher le sujet de chercher l'air avec avidité, en ouvrant largement la bouche, et à le prier de retenir son souffle pendant quelques instants pour reprendre ensuite la respiration par le nez. Tel est le procédé par lequel vous modifierez cet état toujours si effrayant; tel sera aussi le meilleur moyen d'éviter sa production.

Si le spasme est produit par l'abaissement forcé de la langue,

vous aurez soin de déprimer simplement la pointe ou le tiers antérieur de cet organe, avec douceur et lentement, pour faire prendre confiance au malade, et dans tous les cas ne pas refouler la base de la langue sur l'orifice du larynx dont l'épiglotte rabattue peut occasionner le début de la crise.

3° — Spasmes d'origine périphérique.

SOMMAIRE. — Les spasmes d'origine périphérique sont assez rares. — Causes habituelles. — Symptômes : Toux sèche, quinteuse, spasmodique, coqueluchoïde. — Marche ; durée ; terminaison. — Pronostic. — Traitement.

Les spasmes du larynx, que nous allons étudier, sont spécialement dus à l'irritation plus ou moins vive des nerfs pneumo-gastriques ou de leurs branches récurrentes. C'est vous dire que toutes les modifications pathologiques survenues dans les organes en rapport avec ces filets nerveux, sont susceptibles de déterminer l'apparition de l'accès spasmodique. A ce titre je pourrai vous signaler les hypertrophies légères des lobes latéraux du corps thyroïde, les néoplasmes malins du larynx, de la trachée, ou du tiers supérieur de la trachée; les tumeurs anévrysmales de l'aorte (récurrent gauche), ou de la sous-clavière (récurrent droit), les indurations du sommet du poumon; certains abcès du cou; les plaies de cette région, et enfin l'hypertrophie passagère ou durable des ganglions intra-trachéaux. Cette adénopathie spéciale, bien connue

aujourd'hui grâce aux travaux de MM. Guéneau de Mussy, Barety, Leval-Piquechef, Jules Simon, etc., etc., est une des causes les plus fréquentes d'irritation des nerfs laryngés ou pneumo-gastriques.

Je n'ai pas à vous retracer ici l'histoire de l'adénopathie trachéo-bronchique, bien étudiée par les deux premiers auteurs que je viens de vous citer, mais j'insiste d'une manière toute spéciale sur cette étiologie, trop souvent méconnue, de la névrose qui nous occupe en en moment.

Il est utile toutefois de ne pas exagérer l'importance de ces hypertrophies, pas plus que des différentes causes que je viens de vous signaler, car il est nécessaire d'ajouter que si la compression s'accentue, ce n'est plus du spasme que vous observerez, mais bien de la paralysie. Malheureusement les travaux de Guéneau de Mussy, de Baréty, et je puis dire de la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'adénopathie trachéo-bronchique, manquent d'un critérium indispensable : l'examen laryngoscopique. C'est ainsi que M. Baréty parle bien de spasme, de respiration rauque et de paralysie ; il cite même l'opinion du Dr Hourmann (1852), qui attribuait la laryngite stridulcuse infantile à la compression des récurrents par des ganglions hypertrophiés; mais il est facile de voir qu'une confusion regrettable s'est glissée dans ce travail, entre les spasmes et les paralysies des dilatateurs de la glotte, question épineuse entre toutes, comme nous avons eu l'occasion de le voir.

Il faut, en un mot, qu'il y ait irritation du filet nerveux, et non abolition de la fonction pour que le spasme se produise.

Symptômes. — Cette dernière condition étant réalisée, le malade se plaint au début, alors que l'excitation nerveuse est légère, d'une simple sensation de chatouillement à l'arrière-gorge, d'un véritable prurit qui le fera tousser, comme s'il

voulait se débarrasser d'une mucosité arrêtée dans le larynx. La toux sèche, brusque, saccadée, nerveuse, se reproduit avec une ténacité opiniâtre, exaspérant le malade, qui ne parvient à calmer momentanément ce symptôme, désagréable entre tous, qu'en avalant quelques gorgées de liquide, en prenant des narcotiques (morphine), ou des anesthésiques locaux (cocaïne).

A un degré plus avancé, ce n'est plus une simple expiration brusque, rapide, mais une série d'expirations saccadées, produisant une toux quinteuse, dite coqueluchoïde, avec reprise plus ou moins sifflante et quelquefois arrêt de la respiration et, par exagération, dû spasme laryngien.

Lorsque cette dernière étape est franchie, l'irritation nerveuse est généralement arrivée à son comble, elle devient permanente, et la contracture consécutive de l'un des rubans vocaux est alors la conséquence de l'aggravation qui s'est produite sur le trajet du nerf, contraction que la paralysie viendra remplacer plus tard lorsque la fonction nerveuse sera tout à fait abolie (dégénérescence).

Un fait important dans la symptomatologie des spasmes d'origine périphérique est l'apparition ou la diminution, la cessation même de ces symptômes dans certaines positions de la tête ou du cou du malade. C'est particulièrement dans les cas de tumeurs de cette région, que les changements de position du sujet influeront sur l'existence ou la disparition de l'élément spasmodique.

Je me hâte d'ajouter que l'examen laryngoscopique fournira um résultat négatif, la muqueuse laryngée étant habituellement saine ou à peine rouge en arrière, si la toux est incessante ou le spasme fréquent.

Marche. — Durée. — Terminaison. — La marche de la maladie variera avec la cause qui en aura déterminé l'éclosion. En effet, si le néoplasme occasionnant les troubles que je viens

de vous décrire, continue à se développer, la marche progressive du mal sera la règle absolue, et au spasme passager du début viendra bientôt succéder la contracture ou la paralysie plus ou moins définitive.

Si, au contraire, l'irritation nerveuse diminue ou disparaît, l'élément spasmodique suivra l'évolution de la lésion primitive. C'est particulièrement dans les cas d'adénopathie, de goître même, que vous serez susceptibles de voir la contracture rétrocéder par intervalles, pour redevenir plus intense d'autres fois et ne plus se produire même, sous l'influence d'un traitement approprié.

Il résulte de ce qui précède que la durée de l'affection est essentiellement variable. Très courte dans quelques cas, elle est susceptible dans d'autres de durer plusieurs mois ou même plusieurs années, disparaissant par moment pour reparaître ensuite avec la cause qui en avait déterminé l'éclosion.

Pronostic. — Le pronostic dépend essentiellement de la cause productrice du spasme, car il est rare que ce dernier ait une intensité suffisante pour mettre l'existence en danger ou nécessiter une intervention chirurgicale. Il constitue plutôt une véritable gêne pour le malade, que cette toux incessante ou ces accès de suffocation inquiètent à l'excès, mais c'est précisément dans les cas de compression les plus graves (tumeurs malignes, anévrysmes, etc.), que ce symptôme arrive à disparaître de lui-même par aggravation de la lésion primitive.

Diagnostic. — Je n'ai rien de particulier à vous dire sur le diagnostic de l'affection, qui est facile à reconnaître. Il faudra surtout vous attacher à rechercher la cause première de l'irritation nerveuse, et c'est là, je vous l'avoue, un problème parfois très difficile à résoudre. Vous songerez aux diverses

causes invoquées au début de cette leçon, examinant avec un soin tout particulier le trajet des pneumo-gastriques ou des récurrents, le larynx, les poumons, le cœur, en un mot tous les organes susceptibles d'agir dans cette étiologie si complexe.

Traitement. — Une fois la cause du spasme reconnue, je n'ai pas besoin de vous dire que votre premier soin sera de diriger contre elle les différents moyens thérapeutiques dont vous disposez.

Je n'ai pas à vous rappeler ici les diverses médications employées contre les tumeurs bénignes ou malignes de cette région, contre les dilatations anévrysmatiques, les indurations des poumons, les ganglions hypertrophiés, etc., etc. Je me borne à vous dire que dans les cas douteux vous n'hésiterez pas à prescrire de l'iodure de potassium, ou de sodium, à l'intérieur, à faibles doses d'abord de 0,50 cent. par jour, puis à doses progressives. De même les révulsifs sur le trajet des filets nerveux (teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu), pourront vous donner quelques résultats inespérés.

En cas d'insuccès, n'oubliez pas que la morphine, le chloral, seuls ou associés au bromure de potassium, administrés à l'intérieur donneront quelques moments de calme à votre malade. Les pulvérisations de chlorhydrate de cocaïne, avec du bromure ou du chloral, constitueront aussi des topiques de choix dont vous devrez faire usage si les moyens précédents ont échoué.

Enfin, dans d'autres cas, c'est la progression du mal lui-même qui viendra mettre un terme à l'irritation du filet nerveux en annihilant les fonctions du nerf et en déterminant l'atrophie de ses ramifications.

4° — Spasmes d'origine centrale.

SOMMAIRE. — Leur histoire est de date récente. — L'ataxie en est la cause habituelle. — Symptomatologie des différentes formes : description des crises laryngées. — La marche est progressive ; la paralysie termine souvent la scène ; le pronostic est grave. — Traitement général et local.

L'histoire des spasmes laryngés d'origine centrale date de quelques années à peine, car depuis 1863, époque où M. Cruveilhier publia une première observation, reprise d'abord par M. Bourdon, et plus tard, par M. Féréol, l'on ne trouve guère que quelques faits analogues épars dans la littérature médicale, dont les plus connus sont ceux de MM. Martin (1874), Jean (1878), et Boudin (1879). Il faut arriver jusqu'à l'année 1880, pour trouver le premier travail publié sur la question, par MM. Krishaber et Charcot ; mais je dois à la vérité de dire que l'éminent professeur de la Salpêtrière avait, déjà (1879), ébauché cette étude, dans une leçon magistrale sur le *Vertige laryngé*. Après la publication de ces travaux, M. Cherchewski, dans un mémoire paru en 1881 dans la *Revue de Médecine*, réunit les diverses observations antérieures, les classa et établit définitivement les relations existant entre les accidents laryngés et l'ataxie locomotrice. Depuis cette époque, les faits de ce genre se sont multipliés au point qu'aujourd'hui il serait peut-être difficile de les grouper tous, vu l'extension prise dans ces dernières années par la littérature médicale. Je me bornerai à vous citer parmi les plus connus les travaux ou les observations de MM. Gasquet, Lhoste, Oppenheim, Fournier, Althaus, Munschina, Krause, Armstrong, Weill (d'Heidelberg), Wegener, Luc, Weill (de Lyon), Felici, Charcot, Cartaz, Lucas-Championnière, etc.

Vous voyez d'après ce rapide aperçu historique que les relations des spasmes du larynx avec certaines affections centrales sont aujourd'hui suffisamment démontrées et admises par les cliniciens pour mériter une description spéciale.

Il résulte nettement des intéressantes recherches de M. Krause à l'hôpital de la Charité de Berlin, que les spasmes des muscles du larynx peuvent s'observer dans un certain nombre d'affections des centres nerveux ; c'est ainsi que sur deux cents malades divers examinés par cet auteur, il a noté des troubles fonctionnels du larynx dans les affections qu'il range sous les noms de syphilis spinale, tumeurs ou hémorragies cérébrales, paralysies saturnines, épilepsie, paralysie pseudo-bulbaire, paralysie progressive, sclérose en plaque, railway spine, paralysie bulbaire, tabes. Dans la plupart des cas, il existait ou des troubles de la sensibilité, des paralysies des muscles du larynx, ou des contractions permanentes; et dans l'ataxie locomotrice seulement, Krause a vu se produire de véritables crises spasmodiques. Nous ne pouvons, en effet, comprendre sous cette dénomination le tremblement des cordes observé par cet auteur dans un cas de paralysie saturnine. C'est donc bien en effet exclusivement dans le tabes que surviennent les crises laryngées que je vais vous décrire.

Je ne saurais, sans trop m'éloigner de notre sujet, vous parler de l'étiologie spéciale de cette névrose, que vous trouverez du reste parfaitement décrite dans vos traités classiques.

Symptômes. — Avec MM. Krishaber et Cherchewsky, nous admettrons trois formes de spasmes basées sur l'intensité des symptômes observés. Ce seront :

1° Les accès de toux spasmodique ;

2° Les accès de suffocation allant jusqu'à la perte de connaissance ;

3° La forme sidérante, apoplectiforme, avec imminence d'asphyxie.

Nous laissons ainsi de côté le deuxième type créé par M. Fournier et adopté par M. Munschina dans son travail inaugural, sous le nom de spasme aphonique, car il nous paraît être la conséquence obligée du rapprochement et de l'écartement brusque des cordes vocales et par conséquent rentrer dans le premier groupe.

1° *Accès de toux spasmodique.* — Il constitue la forme la plus légère de l'attaque. Le malade éprouve à l'arrière-gorge, à l'entrée des voies aériennes, une sorte de chatouillement, d'irritation ou de cuisson qui provoque un accès de toux quinteuse, convulsive, de courte durée, avec inspiration sifflante. Après quelques secondes, la face se cyanose, le malade devient anxieux, s'agite et brusquement la crise s'arrête d'elle-même pour reparaître ensuite trois, quatre, cinq fois par jour; Althaus dit même avoir vu ces accès revenir jusqu'à quarante et cinquante fois dans la même journée. C'est la petite crise qui, dans un cas observé par M. Guinon et publié par M. Munschina, a été accompagnée d'éructations et de troubles cardiaques (asystolie, sans lésion appréciable du cœur).

2° *Spasme suffocant.* — Dans une deuxième période, la crise laryngée se dessine plus nettement, le spasme devient assez violent pour amener la perte absolue de connaissance, avec ou sans mouvements épileptiformes. La sensation initiale de brûlure à la gorge ou de resserrement ouvre la scène; puis brusquement les cordes se contractent, la respiration devient striduleuse, le facies est pâle, bleuâtre (Krishaber) dans quelques cas, ou vultueux et violacé dans la plupart, et le malade tombe sans connaissance, ayant eu généralement le temps de s'affaisser doucement. Cet état se prolonge

durant plusieurs minutes, pendant lesquelles apparaissent une série de mouvements convulsifs habituellement limités aux membres supérieurs ou inférieurs. La circulation est alors accélérée; puis, presque brusquement le spasme cesse, la respiration se rétablit, le malade reprend connaissance et tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise. Ces dernières se produisent sous l'influence de causes variables, pendant l'acte de déglutition chez quelques malades, mais on les a vues aussi (Krishaber) survenir pendant le sommeil.

3° *Spasme apoplectique.* — Enfin le troisième groupe comprend une série d'accidents fort graves nécessitant l'intervention chirurgicale. Ici le malade est pris tout à coup d'une strangulation véritable, il tombe absolument sidéré, avec tous les phénomènes d'une congestion cérébrale. La face est cyanosée, bouffie, les globes oculaires font saillie hors de l'orbite, l'apnée est presque totale et le malade asphyxie. Le pouls reste régulier, mais généralement un peu accéléré et affaibli. Les convulsions épileptiformes accompagnent habituellement cette crise violente dont la mort peut être la conséquence (Keller), à moins d'une intervention chirurgicale rapide. Généralement, comme dans les cas précédents, le spasme se calme de la même manière qu'il était apparu et tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment d'une nouvelle crise, qui s'annonce presque toujours par une sensation particulière de cuisson, d'ardeur ou de resserrement du côté du larynx.

Quelle que soit la forme de ces troubles convulsifs, ils ont pour caractère commun d'apparaître subitement, la plupart du temps sans cause occasionnelle connue. Toutefois, il est utile d'ajouter que la déglutition des liquides, les odeurs fortes, les vapeurs ou poussières irritantes sont particulièrement susceptibles de faire naître la crise.

L'examen laryngoscopique, pratiqué dans l'intervalle, fournit ou des résultats négatifs, ou bien il démontre l'existence d'une paralysie, ou contracture, de l'un des rubans vocaux, habituellement placé en position phonatrice, c'est-à-dire sur la ligne médiane.

Marche. — Durée. — Les manifestations laryngées que nous venons d'étudier peuvent apparaître soit à la période prémonitoire du tabes, période dite pré-ataxique, soit lorsque cette affection est nettement confirmée. C'est ainsi que sur les dix-huit cas rapportés par M. Cherchewsky, neuf fois les phénomènes laryngés étaient survenus de un à treize ans, avant les symptômes classiques de l'affection centrale. Ce début du tabes par des crises spasmodiques, n'a rien qui puisse nous surprendre, puisque nous savons que très souvent l'œil et parfois l'oreille peuvent être atteints à la période prodromique.

Habituellement les crises sont légères au début, passant même presque inaperçues jusqu'au jour où elles ont acquis une importance capitale qui appelle l'attention du malade et du médecin de ce côté. Les accidents ne marchent pas d'une manière graduellement progressive, car il arrive qu'ils passent brusquement de la première à la troisième forme que nous venons d'étudier. Les accès peuvent se répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, ou laisser le malade tranquille pendant plusieurs jours, plusieurs mois même, pour reparaître ensuite tout à coup sous une influence la plus légère en apparence.

Pronostic. — Les crises laryngées constituent par elles-mêmes une complication sérieuse, en ce sens qu'elles peuvent enlever rapidement le malade pendant un accès de suffocation.

Les faits de ce genre ne sont malheureusement pas très

rares, et M. Munschina, dans sa thèse, parue en 1885, en comptait déjà sept (cas de Jean, de Hanot, d'Estore, de Duclos, d'Oppenheim, de Fournier et Leroy de Méricourt, et celui de M. Lizé).

C'est pour un spasme de cette nature que M. Krishaber dut pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, sauvant ainsi son malade d'une asphyxie presque certaine.

Même dans les cas bénins en apparence, l'existence de crises laryngées au cours du tabes assombrira encore le pronostic d'une affection déjà si grave par elle-même.

Anatomie pathologique. — Wespbal, Demange et Kakler, dans des cas de tabes avec crises laryngées, ont trouvé à l'autopsie une sclérose ou une inflammation de l'épendyme du quatrième ventricule ayant, selon toute vraisemblance, atteint le noyau du pneumo-gastrique, d'où l'explication des symptômes observés pendant la vie du malade.

Cruveilhier a trouvé les cordons médians postérieurs gris et indurés, dans toute la longueur de la moelle, s'enfonçant dans les corps restiformes et pénétrant jusqu'au cervelet. MM. Jean, Estore, Demange et Hanot ont noté une atrophie des pyramides postérieures, avec un petit foyer de ramollissement du corps restiforme gauche. En résumé, lésions bulbaires, centrales, et lésions des racines du pneumo-gastrique et du spinal ou des troncs nerveux eux-mêmes que l'on a trouvés réduits à des filaments très grêles. M. Gieson, dans un travail tout récent sur la question (Société de névrologie de New-York, décembre 1889), attribue les crises laryngées, plutôt aux altérations (névrites) des troncs nerveux eux-mêmes qu'aux lésions centrales constatées à l'autopsie.

Nous laisserons de côté les modifications pathologiques (atrophie) des muscles du larynx, qui immobilisent telle ou telle partie de l'organe vocal.

Diagnostic. — Lorsque le spasme apparaît à la période dite pré-ataxique, le diagnostic pourra offrir de réelles difficultés, surtout si la crise est légère. Elle offrira en effet des analogies frappantes soit avec les spasmes par irritation périphérique, soit avec ceux que nous étudierons tout à l'heure sous le nom de spasmes réflexes. C'est par l'examen attentif de votre malade, en éliminant toutes les causes de compression des filets nerveux que je vous ai déjà signalées, en examinant avec soin les divers organes susceptibles de produire un spasme réflexe, surtout les fosses nasales, en interrogeant votre malade, en recherchant les divers signes du tabes au début, que vous arriverez à poser votre diagnostic. Si l'examen laryngoscopique vous révèle l'existence d'un trouble parétique ou paralytique, sans cause de compression appréciable, vous aurez de fortes présomptions en faveur de l'existence des troubles reliés à l'ataxie.

Les deux autres formes de spasmes sont assez caractéristiques pour ne pas être confondues avec les autres troubles musculaires de cette nature ayant une origine différente. La perte de connaissance d'une part, la fréquence de l'accès d'un autre, seront, avec l'existence de quelques symptômes tabétiques, des éléments très suffisants de diagnostic.

Traitement. — J'aurai peu de chose à vous dire sur le traitement d'une affection qui n'est en réalité qu'un épisode dans l'histoire de l'ataxie locomotrice. Ce sera le traitement de cette dernière qu'il vous faudra tout d'abord instituer. Toutefois si les crises sont assez violentes pour mettre en danger la vie de votre malade, vous ne devrez pas hésiter à suivre l'exemple de Krishaber, et à pratiquer l'ouverture des voies aériennes.

Pendant l'accès de suffocation, la respiration artificielle, les inhalations d'éther ou de chloroforme et, si vous avez sous

la main les instruments nécessaires, le tubage du larynx, vous permettront de parer au danger d'asphyxie immédiate et de recourir ensuite aux moyens chirurgicaux.

Vertige laryngé.

Sommaire. — Il a été étudié il y a peu d'années; il constitue le symptôme de plusieurs affections. — Étiologie; elle est variable. — Symptômes. — Description de l'accès. — Perte de connaissance. — Marche. — Durée. — Le pronostic est bénin. — Le diagnostic est difficile; causes des erreurs dans ces cas. — Traitement.

L'affection décrite par Charcot sous le nom de vertige laryngien me semble presque former le corollaire des troubles que nous venons d'étudier et c'est à ce titre que j'ai cru devoir vous en exposer les symptômes à la suite des spasmes d'origine centrale. Signalé d'abord par M. Charcot qui en fit une entité morbide parfaitement nette, assimilable au vertige de Ménière, au vertige stomacal ou autres troubles analogues, l'ictus laryngé a été ensuite étudié par MM. Krishaber, Berbès, Carel, Knight qui en 1886 en réunit quatorze observations, Cartaz, et surtout par M. le Dr Weill, de Lyon, qui à propos d'un cas rapporté par lui dans la *Province médicale* fit une étude fort complète de cette névrose.

Définition. — Avec ce dernier auteur, nous définirons le vertige laryngé un étourdissement, avec perte de connaissance plus ou moins complète, survenant, soit à l'occasion d'un état de souffrance particulier du larynx, soit à l'état sain.

Étiologie. — Le vertige laryngé a été observé chez des malades atteints d'affection des voies respiratoires, et en particulier de bronchites spasmodiques, d'asthme ou de polypes du larynx (Sommerbrodt) dont l'ablation supprima les accidents. On l'a également signalé dans le tabes, car il ressemble du reste singulièrement, comme vous allez le voir, à la deuxième forme que nous venons d'étudier. Enfin, il apparaît en pleine santé, constituant alors une sorte de véritable entité morbide. Les causes susceptibles de faire naître ce symptôme sont encore très obscures. Tout au plus peut-on incriminer l'impression du froid, le passage subit d'une température élevée à une plus froide, les émotions, les vapeurs irritantes (fumée de tabac), la déglutition des liquides alcooliques, en particulier les inflammations de la muqueuse vocale ou des premières voies respiratoires. Notez cependant que les crises peuvent se produire pendant le sommeil.

Symptômes. — L'accès est habituellement précédé d'une sensation de chatouillement, de brûlure ou de corps étranger au larynx, sensation que le malade localise soit à l'un des côtés de la gorge, soit au milieu. Bientôt après apparaît une toux quinteuse, coqueluchoïde, à laquelle succède plus ou moins rapidement une perte de connaissance d'une intensité variable.

L'étourdissement est léger, ressemblant, comme dit Krishaber, à un coup de bâton sur la tête, ou à une véritable crise vertigineuse. Le malade, habitué à cet ictus, a généralement le temps de s'appuyer, de s'asseoir. On a décrit, dans d'autres cas, de simples accès de toux spasmodique, avec dyspnée plus ou moins intense, sans perte de connaissance. Nous verrons plus tard ce qu'il convient de penser de ces crises, rangées, probablement à tort, dans le cadre du vertige laryngé, car je considère que la perte de connaissance doit

être le symptôme essentiel, caractéristique, de l'affection qui nous occupe, comme la sensation de culbute ou de tournoiement sert à reconnaître le vertige de Ménière.

La pathogénie de ces troubles me semble difficile à établir, et je me bornerai, à cet égard, à vous citer l'opinion de M. Weill, qui paraît très plausible. Après avoir rappelé les expériences de Rosenthal et de Frank sur le laryngé supérieur, celles de Brown-Sequard sur l'influence de l'acide carbonique sur le larynx, cet auteur conclut « que l'organe vocal est le point de départ d'une série d'irradiations pouvant atteindre jusqu'aux portions les plus importantes du système nerveux central, et frappant par son intermédiaire, les organes les plus indispensables à la vie. De ces actions à distance, les unes sont suspensives de l'activité cérébro-spinale; en d'autres termes, elles sont inhibitoires; les autres, au contraire, renforcent cette activité et sont dynamogènes. C'est ainsi qu'une excitation du larynx (attouchement) peut produire un spasme allant jusqu'à la perte de connaissance ».

Marche. — Durée. — Pronostic. — La marche du vertige laryngé est essentiellement variable, puisqu'elle dépend de l'affection qui lui a donné naissance. Tantôt il alterne avec des crises d'asthme et à des intervalles plus ou moins éloignés, et tantôt au contraire, les crises sont fréquentes et se répètent plusieurs fois par jour. Leur durée est généralement assez courte, quelquefois même le malade a un simple étourdissement, une perte de connaissance passagère qui l'oblige à s'arrêter quelques instants s'il est dans la rue, ou même à s'appuyer contre un support solide. La chute par terre s'observe quelquefois, surtout dans les formes tabétiques que nous avons déjà décrites.

Quant au pronostic, il se modifie avec la cause de l'affection; si l'ictus est associé à une inflammation des bronches, à des

crises spasmodiques ou à de la diathese rhumatismale, il est généralement bénin. Si le vertige dépend de l'ataxie, vous connaissez la seule terminaison de la maladie et par conséquent sa gravité.

Diagnostic. — La question du diagnostic mérite de nous arrêter quelques instants, car à la lecture de la plupart des observations de vertige laryngé, l'on est en droit de se demander si l'examen du malade a été assez approfondi pour affirmer que la lésion avait bien le larynx pour point de départ et non d'autres muqueuses. La description des spasmes réflexes, qui feront l'objet de notre prochaine leçon, se rapproche d'une manière si intime de celle que nous venons de faire, qu'il semble regrettable de ne pas voir consignée dans les faits publiés, l'absence de lésions du côté des fosses nasales. Lorsque je vous aurai décrit les spasmes occasionnés par les lésions de la membrane de Schneider, vous comprendrez encore davantage l'importance de cette remarque. Peut-être même un jour les cas véritables d'ictus laryngé deviendront-ils plus rares pour rentrer les uns dans les formes du spasme tabétique, les autres dans le groupe des névroses réflexes.

Traitement. — Quoi qu'il en soit et pour terminer, rappelez-vous que votre premier soin sera de calmer l'hyper-excitabilité de la muqueuse laryngée, soit par des moyens directs, soit en modifiant celle des centres nerveux. Les solutions bromurées ou polybromurées à hautes doses, préconisées par Charcot, nous permettront d'atteindre ce dernier but. Des révulsifs à la nuque (pointes de feu) pourront aussi aider au soulagement du malade.

Comme traitement local, rappelez-vous les bienfaits de la cocaïne dans ces cas, et usez de ce topique, soit en pulvérisations, soit en attouchements directs faits au moment des

crises, soit préventivement. L'addition de bromure ou d'hydrate de chloral à la solution sera également un bon moyen d'arriver au but que vous vous proposez. En cas de lésions irritatives de la muqueuse vocale, rappelez-vous que les applications locales de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc en solution au 1/60, au 1/50 et au 1/30 produisent d'excellents résultats.

5° — Spasmes réflexes.

SOMMAIRE. — Définition. — Étiologie habituelle. — Symptômes ; l'absence de lésion laryngée, périphérique ou corticale, doit éveiller l'idée d'un spasme réflexe. — Utilité de l'examen des fosses nasales. — Marche. — La durée est indéfinie si la cause reste inconnue. — Terminaison. — Le pronostic peut être grave. — Le diagnostic est habituellement facile. — Examen du malade. — Traitement.

Sous le nom de spasmes réflexes, nous étudierons les troubles spasmodiques des muscles du larynx, consécutifs à des lésions d'organes plus ou moins éloignés.

ÉTIOLOGIE. — Ces sortes de contractures passagères sont loin d'être aussi rares que vous pourriez le supposer tout d'abord, car depuis ces dernières années, un nombre déjà considérable d'observations de ce genre ont été publiées et sont éparses dans la littérature médicale. Vous rencontrerez ces réflexes dans les cas d'irritations ou de lésions portant sur l'oreille, l'estomac, l'utérus et principalement sur les fosses nasales. C'est à MM. John Mackenzie, Haek (de Fribourg), Joal, Longuet et A. Ruault que l'on doit les travaux les

plus importants publiés sur cette dernière série de troubles laryngiens (1).

Le réflexe d'origine utérine, connu et décrit par Aran, Nonat, Courty, Pozzi, Martineau, Cazeaux, Tarnier et Budin, a été bien étudié par M. Muller, dans son travail inaugural (1887) qui rapporte et les opinions des auteurs et des observations concluantes à cet égard.

La toux génitale ou utérine, toux sèche ou spasmodique, s'observe dans les cas de rapports sexuels, pratiqués avec ou sans excès, ou bien à la période menstruelle, sans que l'on puisse constater de lésion de l'utérus. La ligature du pédicule dans l'hystérectomie a pu déterminer de violents spasmes laryngés. De même les différentes affections du col ou de l'organe gestateur et en particulier les positions vicieuses que ce dernier est susceptible de prendre (antéversion, rétroversion, etc.), sont autant de causes susceptibles de produire le trouble qui nous occupe en ce moment.

Il faut ajouter cependant que ce symptôme apparaît ordinairement sous l'influence d'excitations psychiques plus ou moins violentes, et chez des sujets prédisposés ; le sexe féminin est particulièrement atteint, sans que les hommes soient à l'abri de cette névrose, qui se manifeste chez eux à la suite d'excitations vénériennes et surtout après le coït.

Enfin vous connaissez tous les quintes de toux spasmodiques, et même les véritables accès de suffocation qui accompagnent l'introduction du spéculum auris, ou l'attouchement du conduit auditif de quelques sujets.

Pour ce qui concerne les fosses nasales, le spasme survient,

(1) Nous n'avons à nous occuper ici des autres affections connues sous le nom de névroses réflexes d'origine nasale sur lesquelles Voltolini, Hœnish, Frænkel avaient les premiers appelé l'attention de leurs confrères. Comme l'indique le titre de cette leçon nous nous bornerons à traiter du spasme réflexe laryngé.

dans la grande généralité des cas, à la suite du coryza hypertrophique, avec ou sans déviation de la cloison, formant éperon et s'enfonçant plus ou moins dans la muqueuse hypertrophiée; on l'observe aussi comme conséquence de lésions de la cavité naso-pharyngienne; enfin, on l'a vu se produire à la suite de polypes muqueux dont l'ablation faisait cesser le trouble laryngé, qui reparaissait, sachez-le bien, aussitôt qu'un nouveau polype se développait (cas de Hering). La question des spasmes laryngés d'origine glottique est aujourd'hui parfaitement établie, et vous avez pu voir des exemples de ce genre à la clinique.

Quelques auteurs vont même plus loin et pensent que si l'estomac, les troubles intestinaux (Secchi), les affections utérines, l'irritation génitale, etc., produisent de la toux ou du spasme réflexe, c'est par l'intermédiaire des fosses nasales.

C'est ainsi que dans son intéressant mémoire sur ce sujet, M. le Dr Ruault rappelle que M. le professeur Bouchard a signalé la fréquence des coryzas chez les malades atteints de dilatation de l'estomac; et l'examen des fosses nasales révèle habituellement, dans ces cas, une hypertrophie plus ou moins notable de la muqueuse pituitaire. De même, MM. John Mackenzie, Joal et d'autres ont attiré l'attention sur les congestions nasales qui accompagnent les différentes lésions de l'utérus et de ses annexes ou les excitations génitales. La membrane de Schneider joue en effet un rôle considérable dans la production des réflexes qui nous occupent aujourd'hui, et je ne saurais trop insister sur l'importance de l'examen de ces cavités, lorsque vous aurez à traiter un malade atteint de troubles spasmodiques laryngés. Laissez-moi ajouter que ces phénomènes apparaissent surtout chez les sujets offrant, à un degré variable, les apanages de ce que l'on est convenu d'appeler un tempérament nerveux ou facilement excitable; l'hystérie constitue de ce chef une prédisposition toute naturelle à cette affection.

Ce que nous venons de dire nous dispense d'insister longuement sur les causes occasionnelles du spasme, car toute irritation du point qui sert de départ au réflexe reproduira presque infailliblement ce dernier.

Symptômes. — Chez un certain nombre de malades, vous constaterez simplement un accès de toux *sèche*, plus ou moins quinteuse, coqueluchoïde, ayant la plus grande analogie avec celle que nous avons déjà étudiée à propos du tabes (Spasmes d'origine centrale, p. 363), mais n'allant pas jusqu'à la suffocation.

D'autres fois, au contraire, le malade est pris d'un véritable étouffement, d'une contracture violente des cordes vocales, qui laissent difficilement passer l'air à travers l'orifice glottique notablement rétréci; le malade se cyanose, fait de violents appels d'air et quelquefois asphyxie au point de perdre connaissance pendant quelques instants. Maintes fois la crise débute par un accès de toux violente, spasmodique, bientôt suivie d'asphyxie; tandis que chez d'autres malades le resserrement glottique est brusque, rapide et assez violent pour nécessiter l'ouverture des voies aériennes.

Les accès surviennent souvent sans cause apparente, pendant le sommeil; il est très probable alors que la congestion nasale devenant de plus en plus violente, suivant la position du malade, la crise éclate tout à coup lorsque la turgescence de la pituitaire est suffisante pour faire naître le réflexe.

Plusieurs fois j'ai constaté ce fait chez des malades porteurs de déviations de la cloison avec éperons osseux ou cartilagineux, atteints en même temps de coryza hypertrophique. Il n'était pas douteux dans ces cas que le décubitus latéral, du côté dévié, déterminait le gonflement de la pituitaire et comme conséquence l'occlusion de la fosse nasale

de ce côté et l'irritation de la muqueuse : d'où apparition du réflexe qui réveillait le malade suffoquant.

Il est bon d'ajouter que la contracture n'atteint pas toujours les muscles constricteurs, puisque MM. Hering, Brébion et quelques autres, ont décrit un véritable spasme phonique consécutif à des lésions nasales. C'est un trouble qui nous est maintenant parfaitement connu (Voir p. 346) et sur lequel je n'ai pas à insister ici.

L'examen du larynx ne fournit aucune indication. On peut, après la crise, observer de l'hyperémie de la muqueuse vocale qu'il faudrait bien se garder de considérer comme la cause de l'accès, car elle n'en est au contraire que la simple conséquence. Si l'on vient à constater des lésions paralytiques, il s'agit alors, selon toute probabilité, d'une affection de nature ataxique.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — Les spasmes réflexes procèdent par véritables poussées, se produisant lorsqu'on excite les différents organes qui leur servent de point de départ. Nous avons vu que l'excitation pouvait être directe (déviations utérines, attouchements du conduit auditif, coryzas aigus, etc.) ou indirecte (troubles gastriques, intestinaux, utérins ou autres, retentissant sur la muqueuse pituitaire et par son intermédiaire sur le larynx). Les accès peuvent se reproduire journellement, ou subir un temps d'arrêt, suivant l'étendue de la lésion déterminante, sa nature, et les diverses modifications qu'elle subit. Je ne puis, en effet, vous décrire les différentes manières d'être du coryza hypertrophique, ou des affections nasales susceptibles d'occasionner ce réflexe, et je dois me borner à renvoyer ceux d'entre vous que cette question intéresse à mon *Manuel pratique des maladies des fosses nasales* (Paris 1886).

La durée de la maladie est à peu près indéfinie, jusqu'au

jour où le diagnostic de la cause première du spasme ayant été établi, le traitement rationnel fait rapidement disparaître la toux ou la suffocation. La guérison est la règle habituelle, mais l'on a vu survenir des accès suffisamment graves pour nécessiter l'intervention chirurgicale. Ce sont là, je me hâte de le dire, de véritables exceptions, car l'asphyxie commençante arrête généralement le spasme, et le malade reprend bien vite sa connaissance, s'il l'avait perdue pendant un moment.

Pronostic. — Il dépend de la cause de l'affection, de l'intensité des crises, et de la rapidité avec laquelle est fait le diagnostic.

Il est presque de règle, une fois la cause originelle du mal reconnue et traitée, de voir les manifestations disparaître. Le pronostic est alors bénin.

Diagnostic. — Ce qui précède vous démontre toute l'importance qu'il y a et pour le praticien et surtout pour le malade, à bien établir le point de départ du trouble laryngé. Aussi en présence d'un malade offrant les différents symptômes que je viens de vous décrire, devez-vous successivement examiner les divers organes susceptibles de déterminer la crise, mais je n'hésite pas à vous dire que c'est principalement du côté des fosses nasales que devra porter votre examen. Une fois les causes locales du spasme glottique éliminées, interrogez avec soin votre malade; sachez si le début de la crise n'est pas annoncé par un enchifrènement plus ou moins prononcé, si le sujet atteint n'a pas de fréquents coryzas, des éternûments faciles; faites-le respirer par le nez, examinez les fosses nasales en avant et en arrière, pour tâcher de découvrir dans ces régions la cause du mal. Il vous arrivera très souvent de noter la facilité avec laquelle vos malades sont atteints de rhinites catarrhales, d'enchifrènement, en un mot de symptômes

n'ayant point attiré leur attention, mais ayant une importance capitale.

Le résultat négatif fourni par l'examen laryngoscopique viendra encore apporter son appoint à votre diagnostic. Ne l'oubliez pas, en présence de spasmes glottiques ou de toux quinteuses plus ou moins spasmodiques, ne pouvant être rattachés à aucune des altérations précédemment étudiées, c'est dans les fosses nasales que vous trouverez presque toujours la véritable cause des accès.

Traitement. — Le traitement de l'accès consistera, vous le savez, à forcer votre malade de respirer doucement par le nez, dans lequel vous ferez, au besoin, un badigeonnage ou une pulvérisation avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10.

M. Morell-Mackenzie recommande, dans ces cas, les inhalations de chloroforme ou d'air chaud, qui produiraient un soulagement rapide. Cet auteur a pour habitude de prescrire quarante gouttes de chloroforme pour un quart de litre d'eau chaude, et d'ajouter la même quantité de chloroforme toutes les cinq minutes jusqu'à sédation des symptômes. Il a retiré aussi de bons avantages de préparations de ciguë, de la fumée du stramonium et du datura tatula, du valérianate de zinc surtout en combinaison avec l'assa-fœtida.

On a aussi conseillé les applications excitantes extérieures, comme la moutarde sur la poitrine et les mollets, l'aspersion ou la flagellation du visage avec l'eau froide. Enfin Tobold croit à l'efficacité des courants constants.

La respiration artificielle et même la laryngotomie intercrico-thyroïdienne ou le tubage du larynx pourront trouver leur indication si la vie du malade était en danger.

Quant au traitement curatif, il sera celui de la lésion primitive et ne saurait vous être exposé ici. Extirper les polypes,

réduire avec le galvano-cautère la muqueuse nasale hypertrophiée, traiter les dyspepsies, les métrites et les déviations utérines, etc., par les moyens appropriés, telles seront les indications que vous aurez à remplir suivant chaque cas et suivant chaque malade.

6° — Spasmes liés à une affection générale. Toux nerveuse et chorée du larynx.

SOMMAIRE. — Définition. — La toux nerveuse et la chorée du larynx sont-elles synonymes? — Étiologie. — L'hystérie et la chorée sont les causes prédominantes; les adolescents et les femmes sont plus souvent atteints. — Symptômes : La toux est brusque, fréquente, très sonore; elle ressemble à un aboiement. — L'expectoration est nulle; l'examen laryngoscopique en général négatif; tremblement des cordes. — Le diagnostic est facile; il sera utile d'examiner les fosses nasales. — La marche est variable, la durée parfois indéfinie, le pronostic bénin. — Le traitement sera général toniques, antispasmodiques; ou local : pulvérisations, emploi de la cocaïne, massage du larynx, électrisation, gymnastique vocale.

Nous voici arrivés à la dernière étape de cette longue étude des spasmes du larynx. Nous terminerons par cette série de troubles que malgré l'investigation la plus complète on est obligé de rattacher à un état particulier du malade. Le spasme est ici soit le symptôme capital d'une névrose générale, soit un épiphénomène, une manifestation peu importante du trouble nerveux.

Dans la première catégorie, qui fera seule l'objet de cette étude, nous rangerons la toux nerveuse et la chorée du larynx; et dans la deuxième, qu'il suffira de vous signaler, les arrêts temporaires de la respiration, voire même les spasmes qui

forment, avec les convulsions générales, le cortège de certaines attaques d'hystérie.

Mentionnée d'abord, en tant qu'entité morbide, par M. Massei (de Naples), en 1878, la toux nerveuse fut l'année suivante décrite par le professeur Schrœtter sous le nom de chorée du larynx; et dans l'esprit de plusieurs auteurs ces deux troubles constituent une seule et même entité morbide.

Il faut bien ajouter que dans le cas de M. Schrœtter les spasmes laryngiens alternaient avec une chorée généralisée, témoignant ainsi d'une névrose, compliquée de troubles laryngiens.

Depuis cette époque, bien des faits analogues ont été rapportés, et parmi les plus connus je me bornerai à vous citer les observations de MM. Masucci (deux cas, 1880), Garel, Rossbach, Knight, Fasano, Abate, etc., etc. C'est après la lecture de la plupart de ces faits et aussi basé sur l'examen de plusieurs malades que je me crois autorisé à ne point confondre ces deux sortes de troubles, que nous allons néanmoins décrire parallèlement, nous bornant simplement à signaler les différenciations qu'ils peuvent présenter et qui, à notre avis, leur assurent une autonomie propre.

Si nous empruntons aux auteurs les définitions qu'ils ont données de la *toux nerveuse*, nous voyons que pour M. Morell-Mackenzie, cette expression désigne « une toux perçante, quelquefois même extrêmement métallique et survenant sous forme de quintes, sans qu'il existe aucune maladie laryngée ou pulmonaire ». Pour M. Gottstein, « la toux nerveuse est celle qui est provoquée par une excitation des fibres sensibles, qui physiologiquement ne doivent pas déterminer de toux, et, en outre, celle qui ne dépend pas d'une action réflexe, mais d'une affection du système nerveux central ». Eulenburg en fait une névrose d'arrêt respiratoire, et l'attribue à l'excita-

tion des fibres d'arrêt passant dans le nerf vague respiratoire par le rameau laryngien supérieur centripète.

Quant à la *chorée du larynx*, elle se manifesterait d'après Schrœtter par une toux liée à des convulsions musculaires du visage et des extrémités ressemblant à la chorée. Geissler a constaté des mouvements choréiques des muscles du larynx; Schreiber a signalé l'observation d'une fillette de dix-huit mois ayant des accès périodiques de danse de Saint-Guy et qui émettait chaque fois avec beaucoup d'énergie des sons se suivant très rapidement et paraissant être des quartes et des quintes. En 1829, Serres (d'Alais) émettait déjà l'opinion que certains cas de bégaiement consistaient en une affection choréique permanente de la langue et des lèvres; or, il paraît très possible que le larynx puisse participer au processus ou soit même affecté isolément. M. Morell-Mackenzie a remarqué très souvent un frémissement des adducteurs et des tenseurs des cordes vocales chez des personnes d'une constitution faible et très nerveuse. Voltolini a vu une contraction particulière de la glotte dans le besoin de tousser; enfin, d'après Schech, Ziemssen a noté que l'énergie de tension et d'adduction des cordes vocales était soumise à certaines fluctuations. Krishaber avait encore signalé une *asynergie vocale*, survenant au cours de certaines laryngites, mais pouvant aussi avoir une origine complètement idiopathique.

Étiologie. — La toux nerveuse et la chorée du larynx ont une origine qui est sensiblement la même. Elles reconnaissent comme cause prédominante un état tout particulier du système nerveux, et, en première ligne, l'hystérie, à laquelle est du reste imputable la majeure partie des névroses du larynx. Ces troubles sont susceptibles d'apparaître dans la plupart des maladies liées à une exagération de l'irritabilité du système nerveux sensitif ou central. On les verra survenir

chez les femmes atteintes de désordres du côté de l'appareil génital, dans les cas de troubles intestinaux accompagnés d'accidents réflexes, lorsqu'il existe un certain degré de dyscrasie sanguine, comme dans la chlorose, l'anémie profonde, etc. Certains états particuliers de l'esprit (la crainte, la terreur, l'agitation) peuvent donner lieu à de la toux nerveuse.

A côté de ces causes qui semblent ressortir à un état général, on en peut mentionner d'autres relevant d'un état spécial. Ainsi Rühle a vu des enfants atteints de tuberculose des ganglions bronchiques et chez lesquels survenait la toux sous forme de paroxysmes avec rémissions très franches. Il s'agit vraisemblablement en pareil cas d'une irritation du pneumogastrique ou des récurrents, qui peut tenir elle-même à des causes diverses que nous avons déjà étudiées. (Voir Spasmes d'origine périphérique.)

Que cette toux apparaisse plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, il n'y a là rien qui puisse vous surprendre dans ce fait et c'est bien chez les jeunes filles de seize à vingt ans qu'on l'observe surtout; mais M. Morell-Mackenzie dit en avoir aussi constaté des cas chez des garçons de quatorze à seize ans et souvent il l'aurait vue chez des enfants de cinq à quatorze ans. Les quelques cas qu'il m'a été donné de voir et d'examiner étaient toujours chez des fillettes de douze à seize ans.

Symptômes. — La toux choréique est caractérisée par ce fait qu'elle est brusque, inopinée, rapide, et survient sans quintes. Elle peut devenir tellement vibrante qu'elle ressemble à un véritable aboiement. M. Morell-Mackensie en rapporte deux exemples frappants : Dans le premier cas, un garçon de seize ans eut une toux qui dura trois semaines; les sons qu'il produisait étaient assez bruyants pour qu'on pût les comparer aux notes basses d'une clarinette dans laquelle on aurait

soufflé avec beaucoup d'énergie. La seconde observation concerne une jeune dame qui avait une toux si forte et si constante qu'on dut la prier de quitter l'hôtel qu'elle habitait, car elle incommodait trop ses voisins. L'expiration est sèche, fréquente, parfois profonde.

M. Gottstein distingue deux types de toux nerveuse : 1° la première se présentant sous forme de paroxysmes; et 2° la deuxième rythmique continuelle (1).

a) Lorsque la toux survient par paroxysmes, elle est violente et le malade se trouve dans l'impossibilité de l'arrêter. Les accès peuvent se reproduire ainsi après des intervalles de plusieurs heures de durée.

b) Dans la toux rythmique continuelle, les quintes sont moins violentes et beaucoup moins retentissantes; il est possible au sujet atteint d'arrêter la crise pour parler et pour manger. Le sommeil est en général très paisible. Schrœtter prétend qu'il y a aggravation du mal chez les personnes qui se sentent observées.

Ce sont les malades de ce second genre qui présenteraient, dans certains cas, des contractions musculaires du visage et de certaines autres régions. Gottstein a observé un exemple dans lequel il y avait alternance entre la toux et les mouvements choréiques qui se remplaçaient l'un par l'autre, pendant une semaine entière.

La toux est donc loin d'avoir toujours la même violence; on peut même dire que d'habitude les cris sont plus légers.

Si la toux nerveuse est sèche, rapide et fréquente, elle est

(1) Nous laisserons de côté les observations publiées sous le nom de spasmes rythmiques respiratoires, d'origine hystérique (Pitres et Bitot, 1888). Ce dernier auteur rapporte en particulier un fait de mugissement hystérique observé à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Pitres. La malade, âgée de vingt-cinq ans, produisait au moment de l'inspiration et pendant deux à trois secondes, un mugissement extrêmement sonore, accompagné à l'expiration, d'éructations prolongées et bruyantes.

dans la chorée beaucoup plus sonore. Dans cette névrose le sommeil calme les quintes; la première au contraire, ne laisse aucun repos et rend tout sommeil impossible.

Dans la chorée du larynx, les symptômes sont loin d'être toujours très nets; on peut cependant faire une exception pour les chanteurs qui sont parfois impuissants à moduler leur voix au gré de leurs désirs. Souvent ces malades ne peuvent tenir un son ni poursuivre une phrase de quelque longueur, sans interruption.

L'expectoration peut être ou bien nulle, ou quelquefois simplement muqueuse.

M. Abate (de Catane) a décrit une chorée vocale, dans laquelle le malade est obligé d'émettre un son autre que celui qu'il voulait proférer. Ce sont là des formes très rares de la névrose que nous étudions.

L'examen laryngoscopique fournit habituellement un résultat négatif. A peine a-t-on noté dans la chorée, une certaine rougeur de la muqueuse vocale, ou parfois, comme dans une observation de Geissler (1878), du tremblement des cordes vocales; Krause dit avoir fait la même remarque.

Si la toux apparaissait au moment de l'examen du larynx, vous pourriez voir les aryténoïdes se rapprocher brusquement et les cordes venir se mettre en position de phonation, ce qui explique le bruit produit par le malade au moment où cette contraction brusque et involontaire se produit.

Diagnostic. — Il faut se rappeler que nombreux sont les cas dans lesquels le pneumo-gastrique ou les récurrents peuvent être irrités sur leur trajet; la toux constatée s'expliquant alors facilement.

L'examen des fosses nasales vous fera quelquefois reconnaitre l'origine de la lésion, et, par suite, vous facilitera considérablement le diagnostic.

En tant qu'affections spéciales, les affections que nous venons de décrire sont très nettes et ne sauraient guère être confondues avec d'autres altérations de la muqueuse du larynx.

On peut dire qu'à défaut d'une modification anatomique quelconque dans le domaine de l'appareil respiratoire, l'existence d'une toux paroxystique ou rythmique, accompagnée ou non de mouvements spasmodiques, constituera une forte présomption en faveur des troubles nerveux qui nous intéressent actuellement.

Cependant on ne doit pas perdre de vue que cette toux spéciale peut être rangée au nombre des symptômes prémonitoires de la phtisie, alors qu'il n'existe encore aucune manifestation pulmonaire et que les investigations les plus minutieuses demeurent absolument négatives; mais la véritable chorée du larynx offre des caractères si nets, l'expiration sonore, aboyante, est si brusque et si rapide, qu'elle ne ressemble à aucune autre affection de ce genre et se distingue par ce fait aisément.

Marche. — Durée. — Chez les hystériques, le spasme du larynx peut disparaître pendant une assez longue durée sans laisser la moindre trace; d'autres fois, il alterne avec des états spasmodiques d'autres parties et plus tard se reproduit à nouveau. S'il s'agit d'une toux nerveuse par irritation ou par compression, elle disparaîtra quand surviendront les phénomènes parétiques ou paralytiques. Au contraire, celle de nature choréique ne pourra être qu'intermittente.

La maladie cesse dans certains cas, avec l'affection générale qui lui a donné naissance; d'autres fois, chez la femme, elle disparaît à la période cataméniale, etc., ou sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Mais, ne l'oubliez pas, la chorée laryngienne peut constituer une affection rebelle, susceptible de durer pendant des années et des années.

M. Gottstein rapporte l'observation d'une jeune femme qui gardait sa toux depuis douze ans, sans que pendant ce long espace de temps il se fût produit aucune modification; la nutrition générale n'avait été en rien altérée. Je pourrais également vous citer l'exemple de plusieurs malades ayant été atteints durant toute leur vie de cette névrose laryngée.

Pronostic. — Le pronostic peut être, d'une façon générale, considéré comme bénin. Certains malades, cependant, sont à ce point incommodés par la toux qu'ils ne peuvent dormir ni prendre aucun repos; ils maigrissent, s'étiolent et marchent vers une déchéance rapide. Ces faits sont rares néanmoins, car d'une manière générale, les accidents sont légers et ne mettent guère en danger la vie des malades.

Traitement. — Le traitement pourra être général ou local. Le premier consiste dans l'administration de toniques variés.

Dans les cas de toux nerveuse chronique, le bromure de potassium à l'intérieur, à doses progressivement croissantes, et les douches généralisées seront parfois du meilleur effet.

M. Morell-Mackenzie conseille les voyages en mer d'une certaine durée, et aux personnes qui ne sauraient les entreprendre, il recommande tout au moins un séjour sur le bord de la mer; mais nous ne saurions partager cette manière de voir. A l'intérieur, il a retiré de bons résultats de l'emploi du valérianate de zinc.

L'arsenic aurait réussi entre les mains de Gottstein dans les cas de toux nerveuse compliquée de chorée convulsive. Schrœtter a préconisé les ablutions froides, deux à quatre fois par jour dans un bain tiède, ainsi que la quinine à haute dose et les courants continus.

Les changements de résidence auraient été, dans quelques cas, suivis d'une certaine amélioration. D'après Leyden, les malades éloignés de leur famille devraient être astreints à une surveillance sévère.

Comme traitement local, vous prescrirez l'iode intus et extra ; mais les meilleures médications locales seront encore les pulvérisations à la cocaïne, au bromure de potassium et les attouchements avec une solution de chlorhydrate de cocaïne.

Voici la formule d'une pulvérisation recommandable dans cette série de manifestations :

Chlorhydrate de cocaïne.......	1 à 3 grammes.
Bromure de potassium.........	4 —
Glycérine pure..............	50 —
Eau de menthe.............. } Eau distillée.................. }	aa 150 —

En 1885, Massei (de Naples) a rapporté des cas de toux nerveuse guérie par des badigeonnages de la muqueuse faits avec cet anesthésique, que vous serez autorisés à essayer d'abord en pulvérisations. Ces dernières seront faites deux, trois, quatre ou cinq fois par jour, pendant quelques minutes, suivant l'intensité de la lésion. Les attouchements seront faits avec des solutions au 1/15, au 1/10 ou même au 1/5 si le cas l'exige. Mais vous pourrez, si le malade n'en paraît pas trop incommodé, en faire des solutions plus concentrées. Je n'insiste pas autrement sur les autres anesthésiques : badigeonnages au chloroforme et à la morphine, dont l'application est plus douloureuse et l'effet moins certain.

L'électrisation externe, sous forme de courants continus ou induits, ou le massage de l'organe vocal, pourront aussi vous donner de bons résultats.

Enfin M. Garel (de Lyon) a préconisé la gymnastique vocale qui d'après cet auteur modifierait la toux aboyante. Cette gymnastique pourra être faite tous les jours, mais pendant un temps assez court; il faudra dans son exécution se conformer à certaines règles sur lesquelles j'ai déjà insisté et qui sont capables de rendre ce moyen plus efficace.

XXXVIe, XXXVIIe, XXXVIIIe ET XXXIXe LEÇONS

TUMEURS DU LARYNX

Tumeurs bénignes. — Polypes du larynx.

SOMMAIRE. — Elles comprennent deux groupes importants : les tumeurs bénignes et malignes :

Tumeurs bénignes : Elles étaient presque inconnues avant l'introduction du laryngoscope ; depuis cette époque le nombre en est devenu considérable. — De leur fréquence basée sur des statistiques. — Étiologie générale. — Elle est complexe. Influence des irritations locales, de l'âge. — Des tumeurs congénitales : Influence du sexe, de la profession, de l'hérédité, des maladies aiguës.

Symptomatologie générale : Les troubles de la voix sont variables suivant le volume, la forme et surtout le siège du néoplasme. La respiration est habituellement facile ; la suffocation est possible. Influence de la position du malade. — La toux est rare ; si elle existe, son timbre se modifie comme celui de la voix. — La déglutition est facile, la douleur nulle.

Symptômes objectifs : de l'abaissement forcé de la langue, du toucher, de l'auscultation, de l'expectoration. Ces moyens sont insuffisants ou inutiles. — Importance de l'examen laryngoscopique dans ces cas.

Papillomes : Ce sont les néoplasmes les plus fréquents. Leur siège habituel est sur les cordes vocales ; aspect ; ils sont sessiles ou pédiculés ; leur marche est lente, ils peuvent disparaître seuls, être éliminés ou amener l'asphyxie.

Kystes : Leur étude est de date récente. Ce sont des tumeurs assez fréquentes ; leur volume est variable, leur aspect caractéristique.

Fibromes : Ils sont relativement rares ; siège habituel. De leur aspect. Ils peuvent se creuser de cavités kystiques ; ils sont habituellement uniques et sessiles sur la muqueuse ; leur marche est lente.

Myxomes : Ce sont des tumeurs peu communes ; l'examen histologique a été rarement pratiqué. — Ils sont uniques ; uni ou multilobés.

Adénomes : Ils sont exceptionnels. Leur étude est encore à faire.

Lipomes : Ils sont extra-laryngés. — Description du cas de Bruns. Ce sont de véritables curiosités pathologiques.

Angiomes : Leur aspect est peu caractéristique. — Ils peuvent occasionner des hémorragies graves.

Enchondromes : Ils ont été assez bien étudiés. — Ils sont dus à une déviation du travail physiologique ou à une lésion du cartilage. — Siège et aspect. — Leur consistance est ligneuse. — Le pronostic en est grave.

Tumeurs mixtes.

Marche. — Durée : Elle est lente et habituellement progressive. — La transformation maligne de l'expulsion spontanée est-elle possible ; l'asphyxie est un mode de terminaison rare. — Le diagnostic s'établit par l'examen laryngoscopique. — Difficultés chez les enfants. — Il doit être fait avec l'œdème, certaines proliférations diathésiques, l'éversion des ventricules. — Le pronostic est généralement bénin ; il y a des exceptions à cette règle. — Des différentes tumeurs de l'organe vocal. — Leur importance chez les chanteurs.

Messieurs,

Les tumeurs du larynx peuvent d'emblée être divisées en deux grands groupes importants. Suivant qu'elles constituent une affection essentiellement localisée à la muqueuse vocale ou qu'elles se présentent au contraire sous la forme de production infiltrées avec tendance à l'envahissement, on pourra les distinguer en : 1° tumeurs bénignes ; et 2° tumeurs malignes.

Nous allons nous occuper aujourd'hui de l'étude de la première catégorie, c'est-à-dire des tumeurs bénignes de l'organe vocal.

Historique. — Bien qu'il n'entre pas dans le cadre habituel

de nos leçons de traiter l'historique des différentes questions soumises à notre étude, je tiens cependant à vous rappeler qu'avant la période, que je qualifierai de laryngoscopique, les néoplasmes du larynx étaient à peu près complètement ignorés; aussi n'est-il pas téméraire de dire que le miroir laryngien a été une des plus belles découvertes de la chirurgie vocale.

On se doutait à peine autrefois de l'existence des polypes du larynx. Les quelques cas signalés alors, étaient de véritables trouvailles d'autopsie, ou bien ils avaient été diagnostiqués grâce à l'expectoration par les malades, de parcelles néoplasiques qui, d'après les symptômes accusés, paraissaient vraisemblablement avoir pour siège le larynx. C'est à Koderick (1750) qu'on s'accorde en général à attribuer le premier cas d'opération de polype *per vias naturales*. En 1833 Braners tenta d'en enlever un par la thyrotomie, et trois ans plus tard Regnoli fit une extirpation analogue par la bouche, après trachéotomie préventive.

Les premiers auteurs qui semblent avoir accordé une attention sérieuse à ces néoplasmes, sont Ryland et Ehrmann. En effet, dans son *Traité des maladies du larynx et de la trachée*, paru en 1837, le premier de ces auteurs consacra plusieurs pages à l'étude de ces tumeurs, mais on doit encore attribuer une importance plus grande à l'*Histoire des polypes du larynx*, qu'Ehrmann fit paraître en 1850 et dans laquelle il décrivit un nombre considérable de ces productions morbides trouvées tant chez l'homme que chez les animaux.

En 1854, Middeldorpf, réunissant les cas communiqués dans la littérature médicale, put arriver à un total de soixante-quatre observations, avec neuf tentatives seulement d'extirpation du néoplasme.

Après l'invention du laryngoscope, le nombre des polypes devint si considérable que l'on aurait beaucoup de peine à les

compter. C'est ainsi que successivement Czermack, Türck, Gibb, etc., en fournirent des exemples et en 1872 Fauvel, dans son *Traité des maladies du larynx*, en consignait 300 cas recueillis dans sa pratique jusqu'à cette époque. A ces noms on peut ajouter ceux de Bruns, de Tobold, de Morell-Mackenzie et une quantité d'autres qu'il serait fastidieux d'énumérer, car à l'heure actuelle, il n'est pas un seul médecin s'occupant de laryngoscopie, qui n'ait observé de nombreux exemples de ce genre. Le dernier travail d'ensemble paru sur ce sujet est la thèse d'agrégation du D[r] Schwartz (1886) où sont établies de nombreuses statistiques bien loin d'être complètes, puisque bon nombre de faits restent à jamais ensevelis dans les cartons des observateurs.

Il ne faudrait pas, Messieurs, de ce que je viens de vous dire, conclure que les polypes du larynx soient des lésions extrêmement fréquentes; car M. Schwartz en compulsant les registres de la clinique de M. le D[r] Fauvel, a pu se convaincre, d'après l'analyse de 12,000 observations, que ces sortes de néoplasmes existaient à peu près dans la proportion de 1 % par rapport aux autres maladies de cet organe; leur fréquence, fût-elle supérieure à ce chiffre, est donc loin d'égaler celle de la sypbilis ou de la tuberculose laryngée.

Les tumeurs bénignes comprennent plusieurs variétés, que nous apprendrons à connaître au cours de cette étude; on peut prendre comme type principal de la description, les *polypes du larynx*, nom générique sous lequel sont englobées la plupart des productions à allures bénignes.

Étiologie générale. — L'étiologie est fort complexe. C'est ainsi que, pour les uns, ces néoformations sont très souvent la conséquence de congestions chroniques et d'inflammations réitérées de l'organe vocal. M. Morell-Mackenzie, qui prête à cette théorie l'autorité de son nom, dit que si, dans certains

cas, on a pu voir se former des néoplasmes à la suite d'une inflammation aiguë ou subaiguë, il faut néanmoins toujours rattacher la cause à une hypérémie chronique. D'autres auteurs, au contraire, ont admis qu'il existe des troubles vocaux symptomatiques de polypes du larynx, sans que les sujets qui en sont atteints aient présenté d'affections antérieures de l'organe de la voix.

Quelquefois il existait un catarrhe chronique qui n'a fait que s'accroître par suite de la présence de la tumeur. Chez certains malades, atteints de laryngite chronique, comme les tuberculeux et les syphilitiques, on n'a jamais rencontré de véritables polypes du larynx ou dans tous les cas on peut considérer cette coïncidence comme une véritable exception. Nous serions bien plus enclin à admettre la théorie qui rattache les catarrhes chroniques du larynx à la présence de néoplasmes; ces derniers pouvant être ainsi considérés non pas comme l'effet, mais bien comme la cause de l'irritation.

Je ne saurais passer sous silence l'hypothèse ingénieuse émise par Klebs. Cet auteur a fait remarquer tout particulièrement, que certains points très bien limités des cordes vocales étaient le siège de prédilection des fibromes; aussi pense-t-il que ces points correspondent aux nœuds d'oscillation des rubans vocaux. Son opinion a été partagée par Schnitzler qui a fait de ces mêmes parties des *nœuds d'inflammation.* Il serait difficile dans l'état actuel de nos connaissances de se prononcer d'une façon catégorique sur cette question qui, pour être résolue, exige de nouvelles recherches.

Les chanteurs de profession, professeurs, officiers, orateurs publics, sont placés dans d'excellentes conditions pour voir se développer des polypes dans leur organe vocal et il n'est pas rare, en effet, de trouver chez eux des productions formant plus tard de véritables polypes.

En pareil cas, l'apparition des néoplasmes doit être attribuée

aux efforts vocaux exagérés résultant de l'exercice professionnel. M. Morell-Mackenzie a trouvé ces tumeurs bénignes chez 21 % des malades qui étaient en âge de se livrer à l'exercice du chant.

L'âge le plus favorable à leur production semble être l'époque moyenne de l'existence, entre vingt et cinquante ans. Ainsi MM. Fauvel et Morell-Mackenzie, sur 520 cas, ont-ils constaté que 328 fois, les malades étaient entre ces deux âges de la vie. On peut cependant en rencontrer aux époques extrêmes; M. Schiffers en a observé un exemple chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans et de son côté le Dr Causit, dans son *Étude sur les polypes du larynx*, a remarqué qu'il était assez fréquent de les rencontrer dans le jeune âge, et souvent même il les croit congénitaux. Bien qu'on puisse regarder cette dernière origine comme probable, elle n'a pu, dit Morell-Mackenzie, être établie d'une façon bien évidente que dans quatre circonstances, une fois par Dufour, deux fois par lui-même et une fois par le Dr Arthur Edis. Il s'agissait ici d'un kyste de l'épiglotte, de la grosseur d'une noisette, trouvé à l'autopsie d'un enfant mort de suffocation, trente-sept heures après la naissance. M. Lennox-Browne (1889) a pu ajouter un cinquième fait vu chez un enfant de trois ans qui, dès sa naissance, avait présenté des troubles de la respiration, et qui succomba malgré un traitement énergique. Je reste convaincu qu'un bon nombre de cas ont dû passer inaperçus, faute d'examen suffisant pendant la vie ou après la mort des enfants.

D'une façon générale, les tumeurs bénignes de l'organe vocal se rencontrent à tous les âges, mais elles sont particulièrement fréquentes entre dix-huit et cinquante ans, comme je vous le disais tout à l'heure.

Dans la statistique de M. Schwartz, sur 585 observations relevées par cet auteur, leur présence a été notée 426 fois chez

des hommes et 159 fois seulement chez des femmes, ce qui semblerait indiquer une prédisposition plus grande du sexe masculin à contracter l'affection. Par cela même, on en est amené à conclure que les causes d'irritation locale, bien plus fréquentes chez l'homme, jouent un certain rôle dans leur production.

La profession semble jouer ici un rôle assez important, et Morell-Mackenzie dit que les malades exposés par leur métier aux causes d'irritation de toutes sortes (poussières, abus de la voix), sont pour cette raison plus sujets à être atteints.

Les efforts vocaux, disions-nous à l'instant, peuvent engendrer des polypes, surtout des kystes survenant brusquement; c'est ainsi qu'on observe ces derniers chez les chanteurs ou chez certaines personnes obligées de parler au milieu du bruit. Cette étiologie, toutefois, s'applique surtout aux kystes sanguins. Ce ne sera pas un seul cri violent qui engendrera la tumeur, mais bien des efforts répétés et chez un malade déjà prédisposé.

Je ne vous parlerai de l'*hérédité* que pour mention, car je ne crois pas qu'elle puisse être prise en sérieuse considération.

Les *maladies aiguës* ont aussi été incriminées à propos de cette étiologie. C'est ainsi que la variole, la scarlatine, la rougeole et l'érysipèle pourraient, en provoquant l'inflammation chronique de la muqueuse vocale, occasionner la formation de néoplasmes à ce niveau. Émise par Causit, cette opinion a été partagée par Isambert et Solis-Cohen, mais il est bien difficile d'en démontrer l'exactitude absolue.

Symptomatologie générale. — Les polypes du larynx peuvent donner lieu à deux ordres de symptômes qui sont : 1° des symptômes fonctionnels, et 2° des symptômes généraux.

Les symptômes fonctionnels attirent les premiers l'attention; ils varient suivant le siège ou la nature des polypes; suivant que ceux-ci sont sessiles ou pédiculés, anciens ou récents, petits ou volumineux, suivant aussi la rapidité ou la lenteur avec laquelle ils se sont formés.

Voix. — Les premiers troubles que vous constaterez sont ceux de la phonation. Rarement, en effet, la voix est intacte, car les polypes occupent le plus souvent les cordes vocales. Ces troubles sont très variables; il est même certains malades chez lesquels ils sont si légers qu'ils passent inaperçus. D'autres ne constateront l'altération vocale, que parce qu'étant chanteurs, ils remarqueront qu'ils n'ont plus la même justesse ou plutôt la même facilité d'émission, la même pureté du son. Il est aisé, en effet, de comprendre que les néoplasmes de l'épiglotte ou même des replis ary-épiglottiques, peuvent évoluer sans occasionner la moindre altération de la voix, quand ils sont sessiles, et ne viennent, par suite, pas tomber dans le larynx.

Suivant le siège du néoplasme (antérieur, médian ou postérieur), c'est la voix de fausset, le médium, ou bien une ou deux notes seulement qui se trouvent altérées, très souvent ce qu'en terme de chant l'on appelle les notes de passage de la voix, *mi* et *fa* pour le ténor, etc.

Les symptômes peuvent revêtir une intensité plus grande et se traduire par de la dysphonie, de l'enrouement et même de l'aphonie. Ces différences tiennent à la situation du polype. Qu'il s'agisse, en effet, d'une production sessile et de volume moyen située au niveau du tiers antérieur et sur le bord libre de la corde vocale, il arrivera qu'au moment de la phonation, du fait seul de sa présence, le rapprochement des cordes ne pourra s'effectuer, non seulement au niveau du point où elle se trouvera, mais encore en avant et en arrière. Et, comme résultat, vous aurez un orifice béant par lequel l'air s'échappera. Si le polype se trouve au contraire en

arrière, comme pendant l'effort vocal les lèvres glottiques peuvent se mettre au contact, l'air les fait encore vibrer, et l'altération de la voix est très légère ; les sons sont étouffés, voilés, mais d'une façon presque imperceptible.

Ainsi, chez le chanteur, les notes pourront être nettes et très claires si le malade force sa voix, mais, si l'on se tient auprès de lui, en y prêtant attention, on entend un son voilé ou souvent même double (diphtonie).

Quand la tumeur est très petite, il n'y a souvent pas de troubles. Mais il arrive aussi qu'au moment de l'émission de la voix chantée les deux cordes ne pouvant se rapprocher, le son devient alors cassé et éteint. Ces désordres sont dus, généralement, à de petites productions venant se placer au milieu ou au-dessous des rubans. Plus les polypes sont situés en avant, plus ils gênent la phonation.

Si, au lieu d'être sessiles, ils sont pédiculés, les troubles deviennent alors inconstants. Suivant, en effet, la longueur de leur pédicule, ils pourront passer au-dessus ou, au contraire, retomber entre les deux cordes et déterminer, dans ce dernier cas, une aphonie complète. Ici encore, ce sont toujours les polypes situés à la partie antérieure qui occasionnent le plus de gêne. Si on a affaire à des tumeurs en battant de cloche, insérées au niveau de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, les altérations de la voix pourront faire complètement défaut.

Quand les polypes siègent sur d'autres points, les modifications vocales sont irrégulières. S'ils occupent la région inter-arytènoïdienne, comme dans quelques cas de tuberculose, avec productions de nouvelle formation, la voix peut être alors gravement altérée dans son timbre, et devenir sombre, couverte ou même rauque. Vous comprendrez facilement que je ne puisse vous indiquer ici les différentes altérations du timbre susceptibles d'être observées dans les affections de ce genre, elles sont absolument variables, et ce sera

vous qui devrez expliquer, par l'examen laryngoscopique, les désordres que vous rencontrerez et qui résulteront, je vous le répète, du volume, de la forme et du siège du néoplasme.

Rappelez-vous seulement que, chez les enfants, la voix est enrouée et souvent croupale. M. Causit, sur vingt-six cas, a trouvé sept fois l'existence de ce symptôme. M. Morell-Mackenzie aurait fait deux fois la même remarque.

La tumeur occupe-t-elle la région sus ou sous-glottique, il est fort rare, à moins qu'elle ne soit longuement pédiculée, de constater des troubles de la phonation, au moment où elle tombe ou remonte entre les cordes vocales dans les efforts d'inspiration ou pendant l'émission du son.

Respiration. — La gêne de la respiration passe souvent inaperçue; elle serait même, au dire de certains auteurs, moins fréquente que le symptôme précédent.

Elle dépend à la fois du siège et du volume du néoplasme. Si ce dernier est en effet trop considérable, la situation change complètement et l'entrée de l'air se trouve, de ce chef, plus ou moins compromise. M. Morell-Mackenzie aurait constaté des troubles de cette fonction dans 30 % des cas observés par lui, tandis que M. Fauvel les dit au contraire peu fréquents. M. Causit qui a surtout étudié les polypes du larynx chez les enfants, les aurait fréquemment constatés chez eux, et le fait est facile à comprendre étant donné le petit calibre de l'orifice glottique chez cette catégorie de malades. Il semble qu'en moyenne, on les observe dans le tiers des cas.

La gêne respiratoire est remarquable par la diversité même de son allure. Ainsi par les temps pluvieux et humides, les polypes étant par leur nature très hygrométriques, se gonflent, et par suite vous constatez des désordres plus marqués. De même les inflammations de la muqueuse laryngée ou pituitaire viennent aussi les augmenter. Ils peuvent, dans

certains cas, aller jusqu'à la suffocation et faire redouter l'asphyxie. Quand vous constaterez de tels symptôme, c'est qu'en général le volume du ou des néoplasmes est considérable, et qu'ils sont souvent pédiculés.

La dyspnée affecte des types divers; c'est ainsi qu'elle pourra être mixte, c'est-à-dire survenir aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'expiration; ou bien être paroxystique, avec exacerbations de temps à autre. La cause déterminante des accès sera, suivant les cas, un effort corporel, une course, l'ascension d'escaliers, l'accumulation de sécrétions dans la glotte, etc.

Un point important à considérer encore dans ces cas, est la position de la tête. Tous les auteurs ont remarqué, Fauvel et Poyet notamment, que celle-ci étant penchée en avant, la respiration est par cela même facilitée; l'effet contraire se produit quand on prie les malades de renverser la tête en arrière. Dans ce dernier cas, on peut même redouter l'orthopnée. J'ai pu, Messieurs, chez un de mes clients, me rendre compte de la véracité de cette assertion. Il s'agissait d'une femme de quarante ans ayant un polype pédiculé du côté gauche du larynx. En proie à un tirage constant et à une gêne permanente de la respiration, cette malade était, *depuis sept ans*, obligée de dormir sur un fauteuil, ne pouvant se maintenir dans le décubitus dorsal. Jusqu'alors, et depuis le début de son affection, elle avait été soignée — sans succès du reste — pour de la tuberculose de l'organe vocal. Le diagnostic fait, j'opérai la malade par les voies naturelles. La guérison ne tarda pas à résulter de mon heureuse intervention. C'est là un exemple frappant des troubles respiratoires occasionnés par la position, dans les cas de polypes volumineux et pédiculés du larynx. Ces troubles sont loin d'être l'apanage exclusif des polypes de cet organe; vous les observez encore dans certaines sténoses laryngées; ainsi

il n'est pas rare de voir survenir de la dyspnée avec accès de suffocation, chez des enfants atteints de croup, au moment où on met le cou dans l'extension pour pratiquer la trachéotomie.

Toux. — La toux, au dire des auteurs, ne se rencontrerait que très rarement; M. Fauvel, sur 300 cas de polypes du larynx, ne l'aurait constatée que six fois, et encore était-il possible de la rattacher à une affection concomitante (laryngite catarrhale). M. Morell-Mackenzie, de son côté, l'aurait observée 93 fois sur 271 cas. Deux fois elle se compliquait de violents paroxysmes de dyspnée. Ce symptôme est capable, dans certains cas très graves, d'inspirer des craintes sérieuses à cause des hémoptysies qui l'accompagnent parfois.

En général, les malades ne toussent pas. Il peut bien arriver que les polypes longuement pédiculés venant se mettre en travers de l'orifice glottique, provoquent un « hem » passager, destiné à débarrasser les patients de la sensation qu'ils éprouvent; mais c'est là un fait exceptionnel, car la muqueuse laryngée, dans ces sortes de cas, s'habitue, au contraire, à cette titillation continuelle et le réflexe disparaît. Souvent même, ces frottements répétés émoussent la sensibilité tactile, rendant ainsi l'intervention chirurgicale directe plus facile à pratiquer.

Si néanmoins la toux existe, elle est très variable quant au timbre : elle suit les modifications de la voix, c'est-à-dire qu'elle est éteinte, croupale, mais très rarement quinteuse. Le timbre croupal ne se rencontre guère que chez les enfants, étant souvent l'indice de symptômes assez graves.

Dysphagie. — La déglutition est habituellement facile; si elle devient pénible, c'est que la tumeur est extra-laryngée et insérée par exemple sur l'épiglotte, ou bien encore qu'elle atteint un volume très considérable; mais, ces exceptions faites, il est rare de voir cet acte physiologique entravé.

M. Morell-Mackenzie, sur 100 observations, n'a rencontré que 8 cas de dysphagie, et toujours la tumeur siégeait sur l'épiglotte.

Douleur. — La douleur est nulle dans la plupart des cas; tout au plus quelques malades éprouvent-ils un peu de gêne à l'arrière-gorge, ou, si le polype est volumineux et extra-laryngé, une sensation de corps étranger. Tout récemment encore, il m'a été donné de voir un énorme néoplasme de la bande ventriculaire droite, du volume d'une noix; il s'agissait, selon toute probabilité, d'un fibro-myxome pédiculé, saillant à l'extérieur, provoquant des accès de suffocation et empêchant l'épiglotte de retomber sur le larynx. Or, le malade ressentait si peu de douleur, qu'il ne se doutait même pas de l'existence de sa tumeur.

Symptômes objectifs. — Les signes physiques sont fournis par l'examen direct de l'organe. Autrefois, on explorait le larynx en employant l'abaissement forcé de la langue. De cette façon, on a pu arriver à constater la présence de gros polypes situés en dedans du larynx, mais vous comprendrez que ce procédé défectueux soit aujourd'hui complètement abandonné.

Du *toucher*, je vous ai déjà dit quelques mots dans nos précédentes leçons; si l'on peut, grâce à ce moyen, reconnaître, dans quelques cas rares, l'existence de tumeurs dans l'organe vocal, il arrive que l'on déplace les productions pathologiques et que l'on occasionne des accès d'asphyxie. De plus, comme les saillies de petite dimension échappent au toucher, vous devez tenir ce procédé pour très peu recommandable.

Par l'auscultation, il a été possible de diagnostiquer l'existence de polypes du larynx, mais il s'agissait de néoplasmes pédiculés, car, dans le cas contraire, il eût été fort difficile

de constater le fameux bruit de drapeau, sur l'absence duquel, trop souvent, bien à tort, on s'est fondé pour nier l'existence de cette lésion. Du reste, existât-il, ce bruit ne renseignerait pas sur la nature de la tumeur, et il serait fort difficile de dire s'il s'agit de syphilis, de tuberculose ou d'un polype quelconque. Aussi l'auscultation me paraît-elle un signe diagnostique de peu de valeur et qui ne mérite même pas d'être mis en usage.

L'expectoration possible de parcelles néoplasiques constituera un symptôme important; mais outre que le rejet spontané de masses polypeuses est très rare; quand il se produit, il indique tout au plus leur nature, sans faire rien préjuger de leur point d'implantation.

C'est, en somme, un moyen infidèle pouvant rendre des services s'il s'agit de papillomes diffus, mais dans tous les cas, étant loin de suffire pour établir un diagnostic exact de la lésion.

Seul, *l'examen laryngoscopique* vous permet de déterminer à la fois et le volume du polype, et sa couleur et sa forme. Vous pouvez encore de la sorte, vous rendre compte de sa situation exacte et vous faire une idée du genre d'intervention à employer. Enfin, l'examen direct peut remplacer tous les autres moyens, et renseigner à l'avance sur le pronostic et le traitement. Sachez pourtant que même entre les mains les plus habiles, le miroir ne fournit pas toujours des éclaircissements complets. Ainsi ce n'est guère qu'à l'aide de la sonde qu'il est possible de reconnaître exactement le point d'implantation de quelques néoplasmes volumineux. Il serait parfois téméraire de préjuger à un simple examen laryngoscopique de la nature des productions morbides; mais vous comprenez, sans qu'il me soit besoin d'y insister davantage, l'utilité et même *la nécessité de voir* sa partie atteinte, sa forme, sa couleur, son volume et son mode d'implantion.

Siège. — Au point de vue de leur insertion, les tumeurs bénignes du larynx semblent avoir une prédilection pour les cordes vocales inférieures. Ainsi Bruns, sur 1,100 cas, les a trouvées insérées 836 fois à ce niveau, et sur 300, Fauvel a constaté que 250 fois elles étaient intra-glottiques. On les rencontre aussi quelquefois à l'angle rentrant du cartilage thyroïde, au niveau du point où les replis thyro-aryténoïdiens prennent insertion sur ce cartilage. C'est là une remarque signalée par M. Fauvel.

Si je m'en rapportais à mes propres observations, bien que ma statistique soit encore moins étendue que celle des auteurs qui précèdent, je me rangerais à l'opinion de mes prédécesseurs. En effet, sur plus de 100 cas qu'il m'a été donné d'observer, trois ou quatre fois seulement j'ai vu les polypes avoir pour point d'origine l'angle rentrant du thyroïde, tandis qu'elles étaient, dans presque tous les autres cas, attachées aux replis thyro-aryténoïdiens.

Les insertions dans les ventricules sont relativement très rares. Ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle qu'on en rencontre au niveau des aryténoïdes ou de la région inter-aryténoïdienne, et les polypes ne semblent pas avoir de préférence marquée pour l'un ou l'autre côté de l'organe.

Les tumeurs sous-glottiques, comparées à celles de la muqueuse laryngée, sont encore très rares, et parmi les faits typiques rapportés dans la science, je vous citerai l'observation publiée par M. Labus, dans laquelle le néoplasme prenait son insertion au niveau du cinquième ou du sixième anneau trachéal et fut opéré par les voies naturelles.

Mais avant d'aller plus loin, il convient d'établir une classification des différentes variétés de productions pathologiques, que nous diviserons, d'après leur fréquence, en :

1° Papillomes; 2° kystes; 3° fibromes; 4° myxomes; 5° adénomes; 6° lipomes; 7° angiomes; 8° enchondromes.

Tout ce que nous venons de dire de l'étiologie et de la symptomatologie des polypes du larynx, s'applique à ces productions morbides *en général;* nous allons maintenant étudier successivement les particularités inhérentes à chacune des néoplasies, en suivant l'ordre que je vais vous indiquer et en décrivant en détail, pour chacune d'elles, les diverses modifications qu'elles impriment aux fonctions de l'organe vocal.

I. — Papillomes. — Je les placés en première ligne, parce que de toutes les tumeurs bénignes ce sont les plus communes.

Il me suffira, en effet, de vous citer quelques-unes des principales statistiques pour vous convaincre de la véracité de cette assertion et vous édifier amplement sur cette fréquence. C'est ainsi que sur 1,100 cas de tumeurs du larynx, Bruns aurait rencontré 602 papillomes; Fauvel dit qu'on les trouve dans une proportion de 54 %; Massei en a observé 94 sur 200 cas; Morell-Mackenzie 67 %; enfin Krishaber estime qu'ils constituent la moitié des néoplasmes de cet organe. C'est aussi l'opinion à laquelle se range Elsberg, et d'une façon générale, on peut dire qu'elle est exacte.

Siège. — Les papillomes sont ordinairement situés sur les cordes vocales dans toute leur longueur, et principalement au niveau de leur tiers antérieur et parfois à la partie moyenne. Ils sont sessiles ou pédiculés, limités et uniques en général; mais vous pourrez, chez quelques malades, observer plusieurs tumeurs distinctes.

D'ordinaire symétriques, les papillomes ont un aspect gris rosé, lisse et uni ; ils deviennent légèrement rougeâtres après les efforts de toux ou les tentatives d'ablation non suivies de succès. De forme arrondie, ils peuvent atteindre comme volume la grosseur d'un pois ou d'une lentille; d'autres

fois, ils sont en grappe, framboisés, avec de petites saillies granuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle; ils sont dans ce cas d'un rose plus pâle et leur surface est comme hérissée. C'est alors le véritable aspect papillaire, mûriforme ou en choux-fleurs. Ces derniers peuvent atteindre le volume d'une noix ou d'un marron, et offrir un aspect spécial assez comparable à celui d'une verrue. Comme ces sortes de



FIG. 31.

Papillome inséré à l'angle rentrant du thyroïde entre les deux cordes vocales.



FIG. 32.

Petit polype muqueux de la partie moyenne de la corde vocale inférieure gauche.

néoplasmes, ils comprennent une partie centrale saillante de laquelle partent, en diffusant, des granulations de plus en plus petites, qui les font ressembler à une mûre ou une framboise, auxquelles on les a comparés.

Les papillomes se rencontrent, vous ai-je déjà dit, au niveau des cordes inférieures; on en trouve aussi sur les bandes ventriculaires, sur les ligaments ary-épiglottiques, sur la surface postérieure de l'épiglotte et parfois même dans la région sous-glottique.

L'examen révèle un état papillomateux assez analogue à la tuberculose vocale, avec cette différence toutefois, qu'ici le bourgeonnement est plus considérable et qu'on a affaire non pas à de simples villosités, mais bien à une véritable tumeur d'aspect plus grisâtre, plus terne, et surtout plus saillante et plus mamelonnée.

Les papillomes ont une consistance mollasse, peu résistante, ils sont en battant de cloche et flottent au gré des mouvements respiratoires. D'autres fois, comme dans un cas cité par Jurasz (de Heidelberg), ils ont une consistance cornée; mais c'est là un fait rare qui doit être rangé au nombre des exceptions. J'ajouterai même que lorsque vous observerez ces sortes de néoplasmes, vous pourrez avoir quelques doutes sur leur bénignité absolue.

Leur structure est celle des papillomes en général, c'est-à-dire qu'à l'examen microscopique vous constaterez une hypertrophie des papilles avec toutes ses conséquences; il existe des proliférations de tissu conjonctif, avec de nombreux entrelacements de capillaires dont les parois très minces sont constituées par un revêtement épithélial stratifié.

II. — **Kystes.** — Jusque vers 1880, ces sortes de tumeurs avaient été considérées comme très rares; c'est ce qui m'engagea à cette époque à faire sur le sujet une communication au Congrès de Milan. En même temps et sans avoir réciproquement connaissance de nos recherches, un travail analogue fut publié et communiqué au même Congrès par le Dr Cervesato.

Nous avions, mon confrère italien et moi, rassemblé dans nos deux mémoires un total de plus de 100 cas de tumeurs kystiques, sur lesquels nous avions basé notre étude. Après de minutieuses recherches sur cette intéressante question, je pus me convaincre que le premier cas authentique avait été signalé par Durham en 1863; il s'agissait d'une tumeur occupant l'épiglotte; et Virchow le premier avait rapporté, la même année, un cas de kyste intra-laryngien. Après ces auteurs MM. Türck, Johnson, Merckel, Gerhardt, Rauchfuss, Schrœtter, Gibb, Morell-Mackenzie, Sommerbrodt, Bruns, Tobold, Edis, Fauvel, Labus, Semon, Cervesato, etc., et moi-même, en avons signalé de nouveaux exemples. Postérieurement à la publication de mon deuxième article (1882) sur ce

sujet dans lequel le total des tumeurs observées était de 117, M. le Dr Schwartz put, dans son travail inaugural, en réunir 138 cas. C'est vous dire que le nombre s'en était considérablement accru, et depuis cette époque la pathologie s'est encore enrichie de nouveaux faits qu'il serait fastidieux de vous énumérer ici.

Vous ne vous étonnerez pas que lors de la publication de mon premier mémoire, j'aie cru pouvoir dire que les kystes du larynx étaient des tumeurs rares ; mais j'avoue aujourd'hui être obligé de revenir sur cette appréciation et de constater au contraire qu'ils sont d'une fréquence relative, puisque tout récemment M. Garel en a rapporté 20 observations sur une cinquantaine de cas de polypes du larynx constatés par lui. En me guidant sur mon expérience personnelle, je considère que ces sortes de productions représentent aujourd'hui environ le quart des néoplasmes bénins de l'organe vocal ; car il faut, pour se rendre un compte exact de la fréquence ou de la rareté d'une affection, baser sa statistique sur une

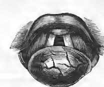


Fig. 33.
Tumeur kystique de la région postérieure (aryténoïdienne).

pratique de plusieurs années, étant donné les séries de malades semblables que l'on a parfois l'occasion de voir.

Les kystes peuvent se rencontrer soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du larynx ; mais ceux de la première catégorie sont les plus fréquents et c'est peut-être pour cette raison

que souvent on les confond avec les papillomes. Ils s'en distinguent en ce qu'ils n'ont jamais ou presque jamais de pédicule ; leur volume est variable : ils peuvent atteindre la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, d'un haricot, d'une noisette et même au delà. Le volume moyen est le plus habituel.

Les kystes extra-laryngés occupent l'épiglotte et la base de la langue ; ce sont, en général, les plus considérables, puisqu'ils atteignent le volume d'une amande ou d'un beau grain de raisin. Ils sont lisses, unis à leur surface, représentant assez bien une demi-sphère transparente avec un réseau vasculaire arborisé à leur surface.



Fig. 34.

Tumeur kystique de la partie postérieure de la bande ventriculaire gauche.

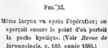


Fig. 35.

Même larynx vu après l'opération ; on aperçoit encore le point d'où partait la poche kystique. (Voir *Revue de laryngologie*, p. 189, année 1888.)

Leur contenu est séreux ou colloïde, sanguin, ou bien encore athéromateux (Blanc). Dans ce dernier cas on a pu les confondre avec des kystes dermoïdes. Quand on les saisit entre les mors de la pince, il s'écoule en général un peu de sang, après quoi la poche s'affaisse.

A l'examen laryngoscopique, vous constatez assez nettement qu'ils ressemblent à une poche tendue, remplie de liquide

et devenant rosée ou même rouge après les tentatives d'extraction.

La structure de la poche ne diffère en rien de celles des autres tumeurs kystiques, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par l'examen d'une pareille enlevée à l'un des malades dont j'ai rapporté l'observation dans mon mémoire sur ce sujet.

Au point de vue pathogénique, il semble juste de les considérer comme des tumeurs par rétention, formées à l'intérieur des glandes. Celles-ci peuvent, en effet, subir une dilatation considérable, surtout au niveau de certains points comme dans les ventricules de Morgagni ou à la surface de l'épiglotte. La cavité se forme dans ces cas soit aux dépens du cul-de-sac glandulaire, soit par dilatation du canal excréteur dont l'orifice est obstrué par compression extérieure, par gonflement des parois ou par un bouchon de mucus desséché. Les symptômes fonctionnels occasionnés par les kystes de l'organe vocal, ne diffèrent point de ceux que je vous ai déjà décrits à propos des tumeurs bénignes en général; je ne crois pas devoir y revenir en ce moment.

III. — Fibromes. — Déjà moins communs que les papillomes et les kystes, les fibromes vrais, constituent cependant la troisième catégorie de néoplasmes du larynx.

D'après Krishaber, ils formeraient environ le quart des tumeurs bénignes de cet organe, mais une telle opinion me paraît un peu exagérée, si l'on ne considère comme tels que les productions essentiellement formées de tissu fibreux.

Leur siège le plus habituel est sur les cordes vocales inférieures. Bruns, sur 815 cas, les aurait trouvés 346 fois à ce niveau. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'on pourra les rencontrer ailleurs. Aussi doit-on considérer comme rares les fibromes situés sur les replis ary-épiglottiques ou au niveau de la région inter-aryténoïdienne. J'ai pu voir un cas

de ce genre qui paraissait être infiltré dans l'épaisseur du tissu muqueux et peut-être même du tissu musculaire de la région.

Ces néoplasmes sont ordinairement uniques et presque jamais pédiculés. Leur volume, dit Massei, peut varier entre celui d'un grain de moutarde et d'un haricot. On trouve quelquefois sur les cordes vocales de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle, ou un peu plus, situées sur le bord libre à la partie moyenne, d'une façon presque régulière. Quand les deux cordes sont affectées, elles occupent une position symétrique et s'observent principalement chez les chanteurs, d'où l'expression « nodules des chanteurs », par laquelle on les désigne; je ne crois cependant pas que l'on puisse les faire rentrer dans la catégorie des fibromes; ce sont généralement de petits papillomes ou de petits kystes, parfois même de simples portions de la muqueuse distendue.

Les productions fibreuses sont formées aux dépens du tissu sous-muqueux et constituées par des fibres connectives entremêlées de fibres élastiques. Elles peuvent aussi prendre naissance aux dépens du périchondre. Assez souvent, elles renferment des dilatations remplies de liquide. M. Labus (de Milan) a rapporté un fait dans lequel la tumeur, ayant atteint le volume d'une noix, contenait de ces sortes de cavité.

Réguliers, unilobés, en général de forme hémisphérique, bien circonscrits, les fibromes peuvent présenter deux ou trois lobes, surtout lorsqu'ils dégénèrent et se creusent de poches kystiques. Dans certains cas, à la vérité très rares, ils sont pédiculés et constituent des saillies pendantes dans le larynx.

Ils sont grisâtres et leur couleur rappelle assez bien celle des cordes vocales légèrement catarrhales. Ceux d'entre vous qui suivent la clinique ont pu en voir un bel exemple occupant le ruban gauche auquel il adhérait fortement. Ici le toucher avec la sonde et même avec la pince vous démontre bien la

nature fibreuse de la saillie qui glisse entre les mors sans se laisser entamer.

Souvent dans les cas de fibrome de l'une des cordes vocales, on observe de l'inflammation et de la desquamation du ruban opposé, par suite du frottement qu'exerce sur lui le néoplasme; c'est encore un fait que vous verrez nettement chez le malade auquel je viens de faire allusion.

IV. — **Myxomes.** — Ils sont exceptionnels dans l'organe vocal, au point que leur existence a été révoquée en doute par certains auteurs. Cette opinion provient, selon toute apparence, de ce que souvent on a confondu les angiomes, fibromes et kystes, avec ces sortes de productions pathologiques.

Il est fort difficile de se procurer des parcelles de myxomes pour en faire l'examen histologique, et c'est encore probablement la raison pour laquelle ils ont été trouvés si peu fréquents. Toutefois Ziemssen et Morell-Mackenzie disent en avoir vu des exemples. Un autre cas authentique a été

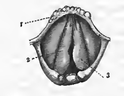


Fig. 36.

Myxome situé sur toute la longueur des cordes vocales.

rapporté par M. Wagnier : il était relatif à une jeune fille qui, dans un effort de toux, expulsa une tumeur dans laquelle l'analyse histologique révéla l'existence d'un tissu muqueux réticulé caractéristique du myxome. M. Eeman (de Gand)

en a également publié deux observations bien nettes, dans la Revue que je dirige. J'ai pu même voir un cas dans lequel le myxome occupait toute la longueur des rubans vocaux (fig. 36) et simulait un œdème de ces replis.

Ce sont des productions mollasses, rosées, lisses et sessiles, très souvent unilobées. Parfois cependant, elles présentent deux ou trois saillies ressemblant assez bien au tissu œdématié des replis ary-épiglottiques. Dans le seul cas observé par Morell-Mackenzie, le néoplasme prenait naissance sur la corde vocale droite et avait tout à fait l'aspect muqueux. Bruns a également vu extirper un myxome dont on pratiqua l'examen microscopique ; or, les résultats de cet examen apprirent que l'enveloppe était constituée par du tissu conjonctif fibrillaire se présentant sous la forme de gros faisceaux avec des noyaux ovalaires disséminés. Cette enveloppe était en outre recouverte d'un épithélium formé par places de grosses cellules pavimenteuses renfermant de petites granulations avec des noyaux clairement ronds et gris ; à d'autres endroits on trouvait des cellules courtes, cylindriques, et enfin des cellules lamelliformes. A l'intérieur de l'enveloppe, une masse gélatineuse ayant tous les caractères du tissu muqueux : rares cellules de forme et de grosseur différentes plongées dans une substance ambiante, homogène et claire comme du verre. La tumeur naissait du côté droit du larynx ; elle ressemblait assez vaguement à une poire, était de couleur rouge jaune, très consistante, élastique, et remplissait presque l'orifice glottique. Je ne serais pas étonné qu'à l'avenir, lorsque des examens histologiques plus nombreux auront été pratiqués, les myxomes soient considérés comme moins rares.

V. — **Adénomes.** — Ils sont également très rares, puisqu'on est allé jusqu'à en nier l'existence. Il faut bien dire, du reste, que les cas rapportés par Mackenzie, Bruns et Backle ne semblent pas suffisamment probants.

Les adénomes seraient constitués par l'hypertrophie des glandes du larynx. Ils ne présentent, du reste, aucun intérêt clinique particulier nous obligeant à insister sur leur aspect ; ils ressemblent beaucoup aux myxomes ou aux kystes. J'avoue d'ailleurs n'avoir jamais eu l'occasion d'en observer.

VI. — Lipomes. — On en a signalé trois cas authentiques dus à Bruns, Jones et Schrœtter.

Deux fois ils étaient situés au niveau des replis ary-épiglottiques et de la région inter-aryténoïdienne. Dans le troisième, il s'agissait d'un lipome de l'épiglotte inséré sur son bord gauche. Dans le cas de Bruns, la tumeur était unie à sa surface, brillante et de couleur rouge clair ; sa consistance était molle et élastique. Elle se composait d'une enveloppe contenant deux corps assez fermes ; l'enveloppe semblait constituée par la muqueuse de revêtement ; quant au contenu, il renfermait des cellules graisseuses de moyenne grosseur liées par de forts tractus de tissu conjonctif fibreux et en partie remplies de vésicules de margarine cristallisée.

Peut-être pourrait-on, suivant la remarque de Schwartz, attribuer la rareté des lipomes à l'absence du tissu adipeux dans le larynx; et c'est aussi la raison pour laquelle dans les quelques faits observés la tumeur était toujours extra-laryngée. Toutefois, il ne serait pas absolument impossible d'en constater à la base de l'épiglotte, tandis que sur les cordes vocales ou les autres parties de la muqueuse, leur existence semble plus problématique.

L'aspect de ces néoplasmes est contenu dans la description du fait publié par M. Bruns ; je ne crois pas utile d'y revenir encore, d'autant plus que les lipomes peuvent aussi être rangés parmi les curiosités pathologiques rencontrées dans le larynx.

VII. — Angiomes. — Ils ressemblent à première vue à des

kystes; mais ils en diffèrent en ce qu'au moment de l'opération, ils peuvent, ainsi que le fait remarquer Schwartz dans sa thèse, donner lieu à des hémorragies très inquiétantes. Morell-Mackenzie, dans sa pratique, n'en a trouvé que deux cas; l'un et l'autre avaient la couleur, la forme et la grosseur d'un grain de cassis. Une fois, le néoplasme avait pris naissance dans la fosse hyoïde droite, et la seconde fois, sur la bande ventriculaire du même côté. Fauvel en aurait aussi observé un cas siégeant dans la fosse hyoïde droite.

Vous ne devez point confondre les anginmes vrais avec les kystes sanguins dont la fréquence est bien plus considérable et qui sont d'un rouge plus vif, donnant lieu lors de la rupture de la poche à un très léger écoulement de sang.

VIII. — Enchondromes. — Vous pourrez encore rencontrer dans le larynx des tumeurs formées aux dépens de sa charpente cartilagineuse.

Les enchondromes de l'organe vocal ont été bien étudiés par M. Bertoye en 1886. Comme le dit cet auteur, la première observation de néoplasme ostéo-cartilagineux a été attribuée à Travers (1818) et il faut ensuite arriver jusqu'à l'année 1831 pour en retrouver d'autres exemples moins nets cependant et rapportés par Mac-Ilwain, Foricp et Ryland (1835). Rokitansky et surtout Virchow consacrèrent un assez long paragraphe à ces sortes de néoplasmes. Vinrent plus tard les observations de Türck, Stœrck, Ehrendorfer, Massei, Morell-Mackenzie, Caselli, Garel, et celles de M. Bertoye.

Les enchondromes semblent être simplement dus à l'exagération ou à la déviation du travail physiologique, tandis que d'autres fois, ils ont une origine pathologique (tuberculose).

C'est généralement au moment où se fait l'ossification du larynx, qu'apparaîtraient ces tumeurs, si du moins l'on en juge d'après les faits publiés jusqu'à ce jour, puisque la plupart des malades étaient âgés de plus de quarante ans; j'excepte, bien

entendu, les cas d'enchondromes ou exostoses constatés dans le cours des inflammations chroniques de la muqueuse vocale, en particulier dans la tuberculose, comme en ont signalé MM. Lennox-Browne, Dundas Grant et Dignat (Voir Laryngite tuberculeuse).

Ces néoplasmes occupent habituellement le cricoïde, parfois le thyroïde, mais presque jamais les aryténoïdes qui, du reste, s'ossifient très tardivement. Leur aspect est celui de la muqueuse qui les recouvre; quelquefois lobulés, ils sont souvent lisses et unis à leur surface.

Leur consistance, perceptible avec la sonde, après une anesthésie complète de la muqueuse par la cocaïne, indique le degré de dureté de ces néoplasmes qui adhèrent fortement aux couches profondes du cartilage avec lequel elles font corps. Toutefois, les enchondromes ne sont pas toujours faciles à distinguer, si ce n'est par les déformations de l'organe auxquelles ils donnent lieu.

Sur le cricoïde où on les rencontre le plus ordinairement, ils forment une tumeur irrégulière, bosselée, ayant des caractères et un aspect tout particuliers. Ils proéminent d'ordinaire à l'intérieur du larynx, mais peuvent aussi venir faire saillie au-dessous de l'organe vocal et en arrière de la face antérieure de la trachée. M. Bertoye fait remarquer que cette règle est loin d'être absolue, et il rapporte même de nombreuses exceptions.

Les enchondromes offrent, au point de vue du pronostic, une gravité toute particulière à cause de la sténose laryngée dont ils sont assez fréquemment l'origine. Ils sont inopérables par les voies naturelles, ce qui vient encore aggraver la situation du malade.

Tumeurs mixtes. — Il vous arrivera enfin de trouver des productions pathologiques n'offrant pas les caractères nets

que nous venons d'étudier, mais empruntant à chacune d'elles quelques éléments pour constituer une tumeur mixte. Tel est le fait de M. Botey dans lequel il s'agissait en effet non d'un myxome pur, mais d'un énorme fibro-myxome télangiectasique (voir fig. 37). J'ai pu moi-même observer un exemple analogue chez un malade de cinquante ans environ. La tumeur largement pédiculée avait à peu près la même forme et le même volume considérable que celui dont je rapporte ici l'image.

Nous ne pouvons décrire séparément chaque variété de

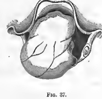


Fig. 37.

Fibro-myxome télangiectasique, d'après M. R. Botey.

néoplasmes; le plus souvent le microscope vous révélera la nature simple ou composée de la tumeur enlevée.

Tels sont, Messieurs, les caractères particuliers à chacune des tumeurs du larynx; nous allons maintenant, pour éviter des redites toujours fastidieuses ou au moins inutiles, étudier la marche habituelle classique des productions bénignes de la muqueuse vocale, leur diagnostic, pronostic et traitement, signalant au passage, lorsqu'il vous sera utile, les particularités qui distinguent chacune d'elles.

Marche. — Durée. — Terminaison. — La marche des tumeurs bénignes du larynx est habituellement très lente; elles peuvent mettre dix, quinze, vingt ans et même plus à

évoluer; mais généralement elles se développent en un laps de temps plus court et, en l'espace de quelques années, elles acquièrent un volume qui varie ensuite fort peu. Certains de ces néoplasmes (papillomes, fibro-myxomes particulièrement) continuent à s'accroitre et atteignent des dimensions qui compromettent l'existence des malades. Je viens de vous rapporter le fait observé par M. Ricardo Botey auquel je pourrais ajouter les cas de Bruns, etc., et ceux que j'ai observés moi-même. Il s'agissait toujours dans ces cas, de fibro-myxomes creusés de cavités kystiques.

Ce qui précède vous indique suffisamment que la durée des tumeurs bénignes est absolument variable; quelques malades les gardent même jusqu'à leur mort, sans qu'elles aient pu contribuer, du reste, à hâter cette issue funeste, due le plus souvent à une affection intercurrente.

La marche des productions fibreuses est progressive, mais très lente.

Quant à la terminaison, elle peut se faire de façons diverses et avoir lieu par exemple par l'expulsion spontanée du néoplasme. Comme preuve de ce que j'avance, je pourrais vous citer l'observation suivante : Une malade vint un jour à ma clinique pour une tumeur du larynx; après examen, je portai le diagnostic de papillome diffus et par conséquent en partie sessile, en partie pédiculé. Il était inséré et sur les bandes ventriculaires et sur une partie des rubans vocaux. Cette femme, étant arrivée au terme de sa grossesse, j'ajournai l'intervention et lui conseillai de retarder l'opération jusqu'après sa délivrance. Or, après l'accouchement, elle revint me voir, et grande fut ma surprise en constatant qu'il n'existait plus de trace de papillome, et qu'il m'était même impossible, à l'examen laryngoscopique, d'en constater l'ancien point d'implantation. La malade avait rejeté son néoplasme par expectoration. C'est là un mode de

guérison moins rare qu'on le supposerait tout d'abord et pour ne citer que quelques cas, j'ai déjà eu l'occasion de vous dire que MM. Poyet, Bayer et Charazac en avaient rapporté des exemples. Dernièrement encore, un malade que j'ai dû trachéotomiser pour un papillome du larynx, avait depuis assez longtemps déjà expectoré de gros morceaux de sa tumeur, sans toutefois s'en débarrasser complètement. Un troisième patient l'avait rejetée pendant un effort d'éternuement violent.

Un autre mode de terminaison est l'accroissement du polype et l'asphyie consécutive. C'est ainsi que trop fréquemment, avant l'invention du laryngoscope, les tumeurs même bénignes ont pu avoir une issue fatale; pour être moins fréquente depuis, celle-ci se produit cependant encore trop souvent, à cause de la coupable indifférence qu'on observe à l'égard des affections laryngées en général.

A signaler aussi la terminaison par dégénérescence ou par l'apparition d'un travail ulcératif accompagné de suppuration et élimination du produit de nouvelle formation, dont M. Causit et quelques autres auteurs ont signalé des exemples; terminaison exceptionnelle du reste.

Généralement, en effet, comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, les papillomes du larynx n'ont aucune tendance à disparaître d'eux-mêmes et leur persistance indéfinie, avec accroissement graduel plus ou moins rapide, peut être considérée comme la règle.

Je ne puis passer sous silence une opinion récemment soulevée à propos d'un illustre malade bien connu de tous : je veux parler de la transformation possible des papillomes en tumeurs malignes. Admise par quelques auteurs, cette opinion a trouvé des adversaires déclarés; aussi M. le Dr Semon a-t-il cru devoir réunir, dans un important mémoire sur la question, l'avis de tous les spécialistes faisant autorité en laryngologie.

Dans cet important relevé statistique, qui restera comme un document précieux sur la matière, l'auteur anglais a rapporté des faits très rares il est vrai, mais qui semblent concluants en faveur de la transformation possible des tumeurs papillaires bénignes du larynx en tumeurs malignes.

Voici, en effet, le résumé des relevés publiés par le Dr Semon qui a contrôlé et pesé chaque fait avec le soin et la compétence qu'on lui connaît :

A. — La rareté de la transformation des tumeurs bénignes en néoplasmes malins après les opérations intra-laryngées est démontrée, dit-il, par la statistique suivante :

Total des cas opérés par les voies naturelles.....			8.216
Cas très positifs de dégénérescence............	5	sur	8.216
Proportion.....	1	à	1.465
Cas vraisemblables........................	7	sur	8.216
D'où le chiffre pour les cas très positifs et ceux qui sont vraisemblables de.................	12	à	8.216
Proportion.....	1	à	685
Cas douteux...............................	10		
Cas très douteux..........................	11		
Ces derniers à eux seuls donnent le rapport de...	1	à	373

B. — Les opérations intra-laryngées n'ont aucune influence sur la transformation des productions bénignes en tumeurs malignes, comme le prouve le tableau suivant :

Total des tumeurs bénignes non opérées........			2.531
Dégénérescence maligne spontanée............			12
Rapport.....	12	à	2.531
—	1	à	211
Total des tumeurs opérées par les voies naturelles.			8.216
Dégénérescence après l'opération..............			33
Rapport.....	33	à	8.216
—	1	à	249

Vous voyez donc que même d'après cet exposé, si la trans-

formation d'une tumeur bénigne en cancer est possible, c'est là un fait d'une rareté excessive et presque une exception.

Vous n'ignorez pas, du reste, qu'au début des néoplasmes malins, le diagnostic différentiel entre les deux sortes de productions est fort difficile et que l'examen microscopique lui-même ne lève pas toujours tous les doutes, soit à cause de l'exiguïté de la parcelle fournie à l'examen histologique, soit à cause de la rareté des éléments malins au moment où apparaît la production morbide. Il en résulte donc que certains auteurs ont pu considérer, après un examen microscopique sérieux, comme bénignes, des tumeurs qui en réalité étaient, dès le début, absolument malignes; c'est ainsi que, leur bonne foi surprise, ils ont dû admettre la transformation possible des néoplasmes du larynx. Une fois, je fus sur le point de commettre une pareille erreur chez un malade atteint d'un polype datant de six ans et soi-disant bénin, d'après des investigations microscopiques réitérées. Ce n'est que l'examen du troisième fragment enlevé qui révéla la nature épithéliale du néoplasme, lequel évolua du reste avec le cortège habituel à ces sortes d'affections. Vous comprenez donc que, sans nier d'une manière absolue, la transformation possible des papillomes en cancer, je considère le fait comme très rare et ne devant être accepté qu'avec toutes les réserves qu'il comporte dans la généralité des cas.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs bénignes du larynx est en général facile, surtout quand on pratique l'examen laryngoscopique. Chez les enfants, il est néanmoins rendu difficile à cause de la résistance qu'ils mettent à se laisser examiner et aussi à cause de l'abaissement de l'épiglotte. Mais ce n'est là qu'un minime inconvénient, les polypes étant peu fréquents à cet âge. Chez un enfant de cinq ans, Schnitzler, a pu après chloroformisation, voir le larynx en relevant l'épiglotte et enlever un papillome. Assez souvent, avec un peu

de patience, on arrive à parfaitement éduquer certains enfants, à rendre ainsi possible l'examen complet de la cavité laryngienne, par conséquent à poser le diagnostic du néoplasme et même à l'opérer par les voies naturelles. Au-dessus de cinq ans, cet examen est, disons-le, presque toujours praticable.

La nature de chaque tumeur ressort des caractères que je vous ai exposés successivement dans le cours des précédentes leçons. Je ne crois point qu'il me soit nécessaire de vous rappeler les différents signes qui les distinguent, puisque j'ai déjà insisté sur leur forme, leur volume et leur aspect; je me bornerai simplement à vous dire que le microscope seul vous indiquera nettement la plupart du temps la constitution du néoplasme enlevé. Ce sera là un examen indispensable pour certaines productions de nature douteuse. Des mucosités placées sur les cordes vocales pourraient faire croire à l'existence de petits kystes; mais si vous faites exécuter au malade quelques efforts, vous les verrez se détacher presque d'elles-mêmes; si cette manœuvre échoue, vous les enlèverez avec de l'ouate, un pinceau ou une éponge humide, et votre erreur ne sera pas de longue durée.

L'œdème quelquefois revêtira l'aspect des myxomes ou des tumeurs kystiques; mais rappelez-vous que ces dernières ne sont pas accompagnées de symptômes inflammatoires et de catarrhe de voisinage, qui fatalement forment le cortège de l'œdème du larynx. La marche de la maladie vous enlèverait bientôt vos derniers doutes, s'il pouvait encore en subsister dans votre esprit.

Il est possible que les papillomes en voie de dégénérescence offrent une certaine ressemblance avec les tumeurs malignes; mais cette confusion serait de peu d'importance, puisque votre conduite serait la même dans les deux cas et qu'à ce moment vous auriez affaire à une véritable néoplasie cancéreuse.

Les autres polypes se distinguent aisément des néoplasmes de mauvaise nature; aussi me semble-t-il inutile d'en indiquer les caractères distinctifs si nets et si variés.

Les végétations tuberculeuses et syphilitiques ne sauraient embarrasser que des esprits inattentifs et non prévenus. Elles s'accompagnent en effet ou ont été précédées d'un ensemble de lésions caractéristiques sur lesquelles je crois avoir suffisamment appelé votre attention pour qu'il me paraisse inutile d'y revenir ici.

Dans la syphilis, vous pourrez bien rencontrer dans l'organe vocal certaines parties saillantes ressemblant au premier abord à des tumeurs; mais, outre les différentes altérations concomitantes de voisinage et leur marche plus rapide, vous les verrez, sous l'influence du traitement, diminuer et même disparaître complètement.

Une dernière lésion capable d'induire en erreur, est l'*éversion des ventricules* dont je vous parlerai à la fin de cette étude, en guise de corollaire. Sachez d'ores et déjà que ces éversions se distinguent en ce que l'on voit au pourtour de la saillie, formée par le ventricule hernié, la muqueuse se continuer avec les lèvres glottiques et cacher les cordes vocales inférieures, et que, de plus, on n'aperçoit pas la cavité dite de Morgagni qui tranche si nettement par une ligne foncée entre les cordes inférieures et supérieures.

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs bénignes du larynx est tout à fait variable. Il dépend d'abord de l'âge des malades. Chez les jeunes enfants, en effet, l'indocilité du sujet rend l'intervention délicate et parfois impossible. L'étroitesse de l'orifice glottique constitue également un danger lorsque les polypes arrivent à avoir un volume considérable.

Aussi, dans le premier âge, la mortalité atteint-elle une

proportion excessive, et d'une façon générale il est permis de dire qu'elle survient dans la moitié des cas environs.

Chez les adultes il n'en est plus de même, et le pronostic peut être considéré comme bénin. Cependant, dans ce dernier cas, il faut encore faire des restrictions, car la terminaison sera autre, suivant le volume, le siège, le nombre et aussi la forme des tumeurs. Si le volume atteint des dimensions trop considérables, le malade est exposé, je viens de vous le dire, à périr asphyxié, pour deux raisons : d'abord parce que la respiration sera très gênée, et ensuite parce que souvent on aura songé à une tout autre affection, et que la mort surviendra sans que l'on pense même à pratiquer l'examen laryngoscopique. Quant au siège du néoplasme, vous comprendrez de suite que les dangers seront moins grands avec une production extra-laryngée qu'avec une tumeur pédiculée, située sur les bandes ventriculaires ou les replis ary-épiglottiques; dans le premier cas, la gêne déterminée est tout à fait secondaire, souvent même nulle ou passagère, à moins que la production morbide n'atteigne des dimensions extraordinaires. Ce fait est loin d'être rare précisément à cause de l'absence presque complète de symptômes locaux au début, et de l'accroissement insidieux de la tumeur.

Au point de vue du nombre, il est évident que lorsqu'il s'agit d'un seul petit polype, le pronostic est beaucoup plus favorable que lorsqu'on a affaire à de nombreuses productions néoplasiques, ces dernières pouvant en effet déterminer plus facilement l'asphyxie et augmenter la difficulté opératoire.

Il faut encore et surtout tenir compte de la nature du néoplasme. S'agit-il par exemple, d'un papillome bénin, pédiculé et de moyen volume, l'asphyxie est alors tout à fait exceptionnelle ; est-il au contraire mûriforme, sessile et volumineux, il occasionne des troubles respiratoires graves, et l'asphyxie est imminente.

Les *papillomes* diffus en choux-fleurs, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, présentent le double inconvénient de récidiver assez facilement après les tentatives opératoires; et celui d'être beaucoup plus difficiles à enlever d'une manière complète par les voies naturelles. Le pronostic sera encore plus sombre si l'on admet que les papillomes primitivement bénins puissent dans certains cas se transformer en tumeurs malignes; je vous ai déjà exposé la valeur qu'il fallait attacher à cette théorie niée par les uns (Krishaber) et au contraire admise par d'autres (Bruns).

Quant aux *kystes*, une fois détruits, il est de règle de ne pas observer de récidives, puisque dans mon travail je n'ai pu en signaler qu'un seul cas. Ce fait paraîtra d'autant plus singulier que l'organe vocal est le seul point de l'organisme où ces sortes de tumeurs ne se reproduisent pas en général. La raison en est, selon toute probabilité, en ce que la muqueuse vocale animée de mouvements incessants ne permet pas aux parois de se souder à nouveau et par conséquent au liquide de se reproduire dans une poche close.

Les *fibromes*, en tant que lésion, ont un pronostic bénin. Mais on ne doit pas oublier que ces tumeurs, habituellement petites et sessiles, sont très difficiles à extirper; aussi les malades sont-ils exposés à les garder parfois pendant toute leur vie.

Le pronostic des *enchondromes* est certainement moins favorable. Ceux-ci, en effet, étalés, d'un volume considérable la plupart du temps, déterminent des troubles notables de la respiration et nécessitent des opérations fort graves qui mettent en danger la vie des malades.

Les autres tumeurs du larynx sont en général très bénignes. Une exception serait à faire pour les angiomes dont l'extirpation peut quelquefois s'accompagner d'hémorragies assez

graves pour nécessiter une trachéotomie hâtive avec tamponnement de la trachée au moyen de la canule de Trendelenburg.

On s'est demandé quel danger pouvait courir la voix dans les cas de néoplasmes bénins du larynx. Or, il semblerait que le timbre vocal dût se rétablir complètement toutes les fois que l'opération est possible à l'aide du laryngoscope et qu'il s'agit d'une tumeur unique et pédiculée. Chez les chanteurs, en effet, le retour de la voix *ad integrum* après l'extirpation des polypes des cordes vocales a une importance considérable et le pronostic varie presque avec la nature de la tumeur, son siège, sa forme et son volume. Vous comprenez aisément qu'une petite saillie sur le bord libre de l'un des rubans chez une femme (soprano, mezzo-soprano) ou chez quelques hommes (ténors légers, ténors, barytons même), sera un obstacle sérieux à l'émission de la voix; et que d'autre part l'ablation de cette petite saillie présentera certaines difficultés opératoires qui aggraveront un peu le pronostic. Ce dernier est cependant bénin dans la généralité des cas, si le médecin traitant a acquis une habitude suffisante dans les manœuvres laryngoscopiques.

QUARANTIÈME LEÇON

Traitement des tumeurs bénignes du larynx.

Sommaire. — Traitement. — Doit-on opérer ou s'abstenir? Indications et contre-indications. — Traitement endo-laryngé. C'est le plus employé. Position du malade. — Choix d'une méthode de traitement par les voies naturelles. — De l'anesthésie du larynx. — Instruments divers : pinces, serre-nœuds, etc... ; ils varient suivant les indications de chaque cas. Du raclage. — Les kystes réclament un traitement particulier. — Des caustiques : De l'acide chromique ; manière de l'employer ; ses effets ; inconvénients des caustiques chimiques en général. — Du galvano-cautère. — La méthode endo-laryngée est le traitement de choix des tumeurs bénignes ; ses avantages.

De l'opération par la voie externe (extra-laryngée) : Elle a ses indications ; elle sera exclusivement réservée aux cas inopérables par la voie buccale. Manière de procéder : *A*. Thyrotomie : Elle doit être précédée de la trachéotomie. Manière d'ouvrir le thyroïde ; il est parfois nécessaire d'inciser la membrane crico-thyroïdienne ; écartement des valves ; éclairage de la cavité. — Conséquences de l'opération. Elle doit être réservée aux cas graves. — *B*. Laryngotomie sous-hyoïdienne : Elle est presque inusitée ; la méthode endo-laryngée est préférable. — *C*. Laryngotomie intra-thyroïdienne : elle est employée pour les néoplasmes sous-glottiques. — Il est préférable de les opérer par la voie buccale. — La trachéotomie est nécessaire.

Résumé des indications opératoires.

Messieurs,

Traitement. — Nous voici arrivés, Messieurs, à un chapitre important dans l'étude des tumeurs bénignes du larynx : le traitement. Doit-on extirper les tumeurs bénignes du larynx

ou faut-il au contraire les respecter ? Cette question a reçu des auteurs des interprétations diverses. Les uns, et parmi eux, MM. Morell-Mackenzie et Lennox-Browne, tenant compte du danger qu'il peut y avoir dans certains cas à extirper les papillomes du larynx, admettent en principe qu'il est préférable de ne pas intervenir, à moins toutefois que par leur trop gros volume, ils n'occasionnent de graves accidents de suffocation. D'après ce que nous avons dit de la transformation possible en tumeurs malignes des papillomes primitivement bénins, on pourra comprendre la réserve formulée par ces auteurs. Avant d'agir, dit Gottstein, on devra se poser les questions suivantes : 1° Dans quels cas est-on autorisé à s'abstenir ? 2° Que doit-on faire si l'opération est reconnue impraticable ou bien si elle est refusée par le malade? 3° Quels procédés doit-on choisir pour chaque cas particulier? 4° Et enfin quels sont les inconvénients qui peuvent se montrer après l'opération soit au point de vue de l'existence, soit au point de vue des fonctions de l'organe vocal ?

Les auteurs s'accordent, en général, pour dire qu'il faut pratiquer l'abstention dans certains cas déterminés, par exemple, quand il s'agit de néoplasmes peu volumineux de l'épiglotte ou des bandes ventriculaires, lorsqu'on se trouve en présence de petits fibromes stationnaires n'occasionnant que peu ou point d'incommodité. Parfois aussi le genre de vie du malade, ses occupations, lui feront refuser, ou au moins retarder le plus possible toute espèce d'intervention; s'il n'y a pas péril en la demeure, vous attendrez, en invitant le patient à se représenter de temps à autre à votre examen.

Au contraire, toutes les fois que la vie du malade sera mise en danger par des menaces de suffocation, le traitement des tumeurs bénignes du larynx, suivant qu'il est ou non précédé de la trachéotomie, peut se diviser en deux grands procédés. Il est en effet possible d'opérer ces tumeurs soit par la voie buccale et directement, soit au contraire consécu-

tivement à la trachéotomie. De là : 1° le traitement endo-laryngé; et 2° le traitement extra-laryngé. Il est une remarque toute naturelle et que déjà vous avez dû faire : à savoir que depuis la découverte du laryngoscope, les cas où a été appliquée la méthode extra-laryngée sont devenus de plus en plus rares. Et comme le maniement du miroir laryngien fait chaque jour de nouveaux progrès, les auteurs insistent sur les avantages de l'opération par les voies naturelles, car les dangers auxquels elle expose sont d'une importance très minime relativement à ceux de la méthode extra-laryngée. L'ablation des polypes par la voie buccale est devenue aujourd'hui le procédé de choix pour l'extirpation des néoplasmes laryngiens opérables par cette voie, si simple et si commode.

Méthode endo-laryngée. — C'est peut-être le plus grand triomphe du laryngoscope, comme le fait remarquer Mackenzie, que d'avoir permis d'enlever *per vias naturales* la plupart des tumeurs de l'organe vocal. Entre des mains habiles, et surtout si le malade intelligent prête à l'opérateur un concours effectif, cette méthode est sans danger et détermine à peine une légère douleur ou l'écoulement d'une toute petite quantité de sang. Grâce à elle, on peut, pour ainsi dire, soulager presque instantanément des personnes souffrant depuis longtemps, et rétablir la fonction d'un organe aussi important que le larynx. Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire qui sera plus ou moins brillant, suivant l'habileté du praticien et suivant aussi le volume et la situation du néoplasme; je me bornerai à vous décrire la manière dont se pratique l'opération, et à vous indiquer le choix des instruments pour arriver au résultat cherché.

Le laryngoscope tenu de la main gauche, ayant été mis en place, comme pour un examen ordinaire, vous priez le patient de tenir lui-même sa langue au dehors avec sa main

gauche également. Je suppose, bien entendu, que l'opérateur agisse avec sa main droite, car dans le cas contraire, ce seraient les mains opposées du malade et du médecin qui ser-

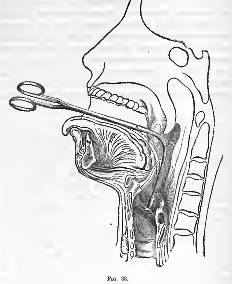


Fig. 38.
Schéma indiquant la direction de la pince dans l'opération endo-laryngée des polypes du larynx.

viraient à tenir la langue, le miroir et la pince. Votre éclairage bien dirigé, vous saisissez de la main droite l'instrument avec lequel vous avez l'intention d'enlever la tumeur, et le

dirigez vers cette dernière, guidé par le miroir placé au fond de la gorge. Tel est en principe, le procédé à suivre, le but à atteindre. Mais il n'est pas aussi simple qu'il pourrait le sembler tout d'abord, d'aller vers le polype et surtout de le placer entre les mors de l'instrument qui doit l'extraire, si du moins l'on veut faire une opération délicate, précise et sans léser les parties voisines. C'est, en effet, le but que vous devez atteindre, surtout aujourd'hui que vous pouvez manœuvrer dans un organe rendu à peu près, ou même tout à fait insensible, par le badigeonnage de la muqueuse avec une solution de chlorhydrate de cocaïne. Les solutions au 1/10 bien appliquées sur toute la muqueuse, suffisent en général pour produire l'anesthésie; mais il n'est pas très rare d'observer des malades réfractaires à l'action de ce topique chez lesquels il faut appliquer des solutions plus concentrées (au 1/5), faire des badigeonnages répétés jusqu'à quatre, cinq et même huit et dix fois pour obtenir l'effet voulu (1). Rappelez-vous aussi que si la cocaïne est généralement bien supportée et inoffensive, elle a pu dans quelques cas, produire une vésication de la muqueuse et une suffusion séreuse (œdème) dans les rubans vocaux, comme j'ai pu en observer un exemple bien net, que je vous ai du reste signalé, en parlant de la laryngite œdémateuse. C'est une particularité qu'il est bon de connaître et qui vous rendra prudents sur l'emploi de cet agent et vous engagera à tâter parfois la susceptibilité de vos malades à cet égard.

La méthode endo-laryngée sera appliquée de différentes façons, suivant que l'on voudra extirper la tumeur ou au contraire la détruire sur place. L'opération sanglante peut se faire à l'aide de procédés très variés. En France, pendant

(1) Quelques auteurs allemands, au lieu d'employer le badigeonnage, instillent dans le larynx, avec une seringue *ad hoc*, quelques gouttes de la solution cocaïnée qui se répand alors à la surface de la muqueuse.

longtemps et même aujourd'hui encore, on a fait usage pour enlever les polypes du larynx de la pince laryngienne de Fauvel, à courbure spéciale, sur le modèle de laquelle ont été

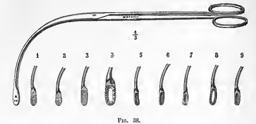


Fig. 38.

Pinces de Ch. Fauvel avec différents mors.

construites les pinces à mors latéraux de Cusco. L'instrument de Fauvel, après avoir rendu de nombreux services, n'est plus

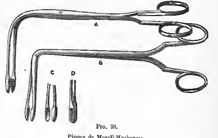


Fig. 39.

Pinces de Morell-Mackenzie.

aujourd'hui d'un emploi aussi courant, au moins dans sa forme primitive. La plupart des praticiens et l'auteur lui-même,

trouvant que ces pinces primitives masquaient un peu trop le champ opératoire, ont fait construire, sur le même modèle, des pinces à mors plus étroits et de calibres variables, suivant les besoins de chaque cas. (Voir fig. 38.) Morell-Mackenzie a lui aussi fait fabriquer une série de pinces dont la courbure,

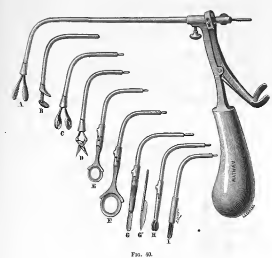


Fig. 40.

Instruments de Stœrck et de Schrœtter se montant sur le même manche. (Ces instruments sont tous fabriqués à Paris).

plus à angle droit que celle de M. Ch. Fauvel, est préférable, au dire de l'auteur anglais. (Voir fig. 39.) Les Autrichiens, les Allemands et plusieurs Français préfèrent les instruments de Störck et de Schrœtter (voir fig. 40), d'un volume beaucoup

plus réduit et que l'on peut adapter à chaque cas particulier en donnant aux mors, aux guillotines, aux serre-nœuds ou aux curettes la forme et la direction que l'on désire. Cette mobilité les rend d'une délicatesse excessive et le fil d'acier qui les supporte, souvent rouillé dans sa gaine, peut se rompre au moment de l'opération, tomber dans le larynx ou occasionner des ennuis. C'est là un côté pratique que je dois vous signaler afin de vous éviter des déboires faute de précautions. Je ne parle pas de l'autre inconvénient de ces instruments qui, rentrant dans leur gaine au moment où ils doivent enserrer le néoplasme, s'éloignent de ce dernier au lieu de le saisir, car l'habitude de l'opérateur arrive bientôt à vaincre cette difficulté. Leur maniement est facile et ils sont particulièrement utiles dans les cas de polypes de petit

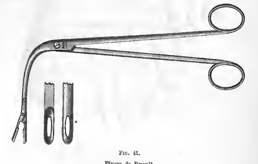


Fig. 41.
Pinces de Ruault.

volume insérés sur le bord des rubans vocaux, ou dans l'angle antérieur des cordes.

Tout récemment enfin, M. le Dr Ruault eut l'idée de faire construire une série de pinces emporte-pièce qui, entre des

mains habituées aux manœuvres laryngoscopiques, donnent également de bons résultats, surtout lorsque les productions morbides sont sessiles et d'une structure un peu ferme. (Voir fig. 41.)

L'extirpation des polypes avec les pinces ou instruments analogues, est aujourd'hui singulièrement facilitée, ainsi que je viens de vous le dire, par l'introduction de la cocaïne dans la thérapeutique.

Jadis, en effet, les Allemands, et parmi eux Stœrck et Schrœtter, et nous-même, pour éviter les spasmes laryngés et pharyngés, pratiquions une série de manœuvres très fatigantes pour le patient. On cherchait tout d'abord à habituer le larynx au contact des instruments par l'introduction fréquente de sondes laryngiennes, pendant un temps plus ou moins long avant de tenter l'ablation de la tumeur. Ces manœuvres préliminaires duraient, suivant les malades, de huit jours à un mois environ. De plus, la veille du jour où devait être pratiquée l'opération, on faisait alternativement, sur le larynx, des badigeonnages chloroformés et morphinés, toutes les heures. On arrivait ainsi à produire, pour le lendemain, l'anesthésie du larynx. Cette conduite, comme vous devez le penser, était loin d'être exempte de tous dangers. En effet, trop fréquemment, on voyait survenir de l'œdème ; d'autres fois la morphine absorbée occasionnait une intoxication et le malade se ressentait pendant assez longtemps de ces tentatives un peu brutales et rejetées en France par la plupart des opérateurs.

Ce procédé d'anesthésie était alors le seul mis en usage; mais comme de nos jours il vient d'être notablement simplifié, grâce au chlorhydrate de cocaïne, il nous est maintenant permis d'employer les instruments de notre choix. Très éclectique en cette matière, je me sers alternativement, suivant les cas, ou de la pince de Fauvel à

mors étroits, ou des instruments de Störck modifiés qui me paraissent être d'un maniement très facile et qu'il est possible d'adapter à peu près à toutes les formes de néoplasmes et à leurs diverses insertions.

Dans les cas trop difficiles et quand la tumeur ne peut être saisie entre les mors de la pince, vous pouvez faire usage de la guillotine de Störck perfectionnée. Si vous avez affaire à des saillies trop peu volumineuses pour être enlevées, vous pourrez pratiquer ce qu'en laryngologie on est convenu d'appeler le raclage, procédé récemment remis en honneur par M. Labus (de Milan), Il se fait soit à l'aide d'une pince analogue à celle présentée au dernier Congrès de laryngologie par M. Garel, soit à l'aide d'une lime construite sur le modèle de celle présentée au Congrès de Prague par M. Czarda (1).

Le raclage est un mode de traitement employé pour les petits polypes et dans les cas où l'on se trouve en présence de tumeurs mûriformes. Rappelez-vous toutefois que, faute de point d'appui suffisant, cette opération n'est pas aussi facile à exécuter qu'il le semblerait tout d'abord, et que bien souvent l'arrachement donne de meilleurs résultats que cette manœuvre, réservée surtout aux inflammations rebelles des cordes vocales.

Laissez-moi encore ajouter, avant de terminer ce qui a trait à l'arrachement des polypes du larynx, que suivant les cas, l'ablation sera faite soit pendant la phonation (émission de la voyelle *é*), soit au contraire pendant l'inspiration, alors que les cordes seront écartées de la ligne médiane. S'agit-il, en effet, d'un néoplasme presque sessile, de petit volume, inséré un peu au-dessus du ruban vocal, il est évident que pendant l'écartement des cordes, vous l'apercevrez le mieux et

(1) Ces instruments ont été heureusement améliorés par M. Mathieu, qui en a perfectionné les diverses parties un peu primitives des fabricants étrangers.

pourrez alors l'opérer plus facilement. Vous comprendrez que je ne puis envisager tous les faits susceptibles de se présenter à notre examen, car l'expérience seule vous indiquera les meilleures méthodes applicables à chaque malade.

Vous opérerez les kystes par l'écrasement qui suffira dans la plupart des cas; parfois même, vous vous trouverez bien d'une simple incision faite soit au bistouri caché, soit au couteau galvanique; mais d'une façon générale vous devrez recourir au broiement de la poche.

Ce genre d'intervention, le plus souvent préférable à l'arrachement fait avec violence, a ses indications assez bien déterminées; c'est ainsi qu'on doit y recourir dans les petits néoplasmes très durs, où l'on cherche, par une forte pression souvent répétée, à amener la mortification des tissus. L'écrasement se pratique, en général, au moyen de pinces dont les mors sont aplatis et rugueux au lieu d'être creusés en forme de cuiller.

On peut aussi, suivant le précepte de Voltolini, faire un véritable ramonage du larynx à l'aide d'une éponge assez dure. Ce procédé, rarement employé en France, ne me semble guère recommandable et j'avoue, quant à moi, ne l'avoir jamais utilisé.

Les incisions, sections ou perforations des polypes sont pratiquées au moyen de couteaux, de ciseaux, de pinces tranchantes, etc... Tandis que Morell-Mackenzie recommande surtout pour les incisions la pince tranchante, Gottstein préfère au contraire le couteau à lance, dont on fera usage surtout pour les productions pédiculées ou en forme de poire. Suivant le siège et le volume du polype, on emploiera tel ou tel couteau approprié à chaque cas.

Les cautérisations ont été faites soit avec des substances chimiques, soit à l'aide du galvano-cautère. Les substances

chimiques usitées sont, par ordre de fréquence, le nitrate d'argent et l'acide chromique. Ce dernier caustique a surtout été recommandé par le Dr Hering, qui l'emploie suivant le procédé déjà signalé par Frænkel; il consiste à prendre à l'aide d'un stylet de métal (argent, acier nickelé, etc.), une fine parcelle de ce caustique cristallisé que l'on fait fondre à la lampe, jusqu'à ce qu'elle ait acquis la couleur rouge du bout inflammable des allumettes suédoises, c'est-à-dire cette couleur rouge sombre que vous connaissez bien. A cet état, vous la portez sur la muqueuse vocale où elle pénètre rapidement dans l'intérieur de la tumeur qu'elle déshydrate et détruit sur place assez promptement.

L'acide chromique, autrefois très employé par le regretté Dr Isambert, a malheureusement l'inconvénient de produire des accès de spasme glottique assez graves pour en avoir fait rejeter l'usage; mais M. Hering, auquel je faisais un jour part de mes craintes relativement à la possibilité des effets nuisibles de cet agent et notamment aux spasmes qu'il peut occasionner, m'affirma que cette terreur n'était nullement fondée et que jamais on n'observait de suffocation en se servant de ce caustique sous la forme que je viens d'indiquer. On éviterait du reste tout accident en pratiquant tout d'abord l'anesthésie du larynx à peu près indispensable dans ces cas. On a encore reproché à l'acide chromique de provoquer des empoisonnements; mais pour éviter ces ennuis il vous suffirait, le cas échéant, de laver avec des solutions alcalines les parties touchées.

Les autres caustiques, nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc., donnent point ou peu de résultats, et leur délimitation exacte est fort difficile à obtenir sur la muqueuse vocale; je ne saurais vous les recommander.

Le meilleur de tous les caustiques me paraît être le galvanocautère, en ayant soin de posséder des couteaux différents, s'adaptant bien à chacun des points que vous désirez toucher.

C'est principalement pour les petites saillies, sessiles, dures (fibromes), difficiles à prendre entre les mors des diverses pinces, qu'il vous faudra songer au galvano-cautère. Rappelez-vous que cette pratique, peu aisée, exige une main très habituée pour bien localiser au point voulu la cautérisation.

L'électrolyse est d'une application si difficile et nécessite une séance d'une durée telle, que je me bornerai simplement à vous la signaler comme possible si les polypes siègent en dehors du larynx.

En résumé, dans les cas de tumeur solide ou liquide, uni ou multilobée mais non diffuse, la méthode intra-laryngée sera celle que vous devrez mettre en usage. Vous l'emploierez aussi pour détruire ou enlever les néoplasmes volumineux, occasionnant de la dyspnée continue et des accès de suffocation, car en opérant avec précaution, vous obtiendrez d'excellents résultats. C'est ainsi que MM. Bruns, Ricardo Botey, bien d'autres auteurs, et moi-même, avons pu enlever par les voies naturelles des néoplasmes ayant atteint des volumes absolument incompatibles, en apparence, avec l'existence des malades. (Voir page 418.) Toutefois, si les tentatives endo-laryngées offraient quelque danger, elles devraient être précédées d'une trachéotomie qu'il vous faudra, dans tous les cas, être toujours prêts à pratiquer.

La méthode buccale est absolument inoffensive; les spasmes qu'elle pourrait susciter sont peu graves en général et à peu près abolis par l'anesthésie cocaïnique. Tout au plus aurait-on à redouter une hémorragie; mais cet accident ne survient que dans les cas d'angiome, qui sont fort rares, vous le savez. Et encore si celui-ci a pour siège l'épiglotte, l'écoulement sera facilement arrêté et l'hémorragie tout à fait insignifiante.

En opérant les tumeurs bénignes de l'organe vocal par la bouche, la voix est mieux conservée et il n'est pas rare

que les malades la recouvrent immédiatement après une intervention couronnée de succès. Les suites opératoires sont toujours des plus simples, ce qui n'est pas constant avec les procédés dits extra-laryngés dont je vais vous entretenir dans un instant. Les récidives, ainsi qu'en font foi, du reste, les statistiques de Bruns, ne sont pas plus à redouter qu'avec la méthode extra-laryngée.

Je ne voudrais pas, Messieurs, qu'acceptant sans réserves tout ce que je viens de vous dire à propos de la méthode, vous rejetiez de parti pris l'opération par la voie externe. Celle-ci peut, en effet, trouver une utile application dans quelques cas déterminés, par exemple chez des enfants en bas âge, quand il s'agit de tumeurs volumineuses mettant leur existence en danger, et lorsque l'opération par les voies naturelles sera reconnue impossible même après chloroformisation comme l'a pratiquée M. le Dr Schnitzler. Vous emploierez encore ce procédé quand vous serez arrêtés par des difformités de la langue ou l'ankylose des mâchoires, la conformation de certains malades, le volume du polype, coïncidant avec un point d'implantation très diffus. Certains papillomes en choux-fleurs sont de ce fait une contre-indication à l'intervention par la bouche.

Les enchondromes et quelques tumeurs de la trachée, méritent de vous être signalés à ce même point de vue. Toutefois, rappelez-vous bien cette sorte d'axiome laryngoscopique : Avant de décider l'extirpation par la méthode extra-laryngée, il faudra qu'un praticien expérimenté ait reconnue l'opération impraticable par les voies naturelles. Vous devez, en effet, savoir que l'ouverture des voies aériennes n'est pas toujours exempte de dangers, et malheureusement trop nombreux sont les malades ayant succombé de la sorte, pour ne pas vous faire hésiter à intervenir dans les cas où la guérison est possible autrement.

C'est ainsi que l'on a vu pratiquer la thyrotomie pour des polypes de la grosseur d'un grain de chènevis et occasionner la mort de sujets qu'il eût mieux valu certainement laisser en repos, ces petites tumeurs ne déterminant aucune gêne et ne menaçant point l'existence.

Quoi qu'il en soit, si l'opération externe est indispensable, si elle est décidée, voici la manière dont il vous faudra agir.

Cette méthode comprend trois grands procédés qui sont :

1° La division sur la ligne médiane du cartilage thyroïde, ou thyrotomie;

2° La laryngotomie sous-hyoïdienne ou division de la membrane thyro-hyoïdienne;

3° La laryngotomie sous-thyroïdienne ou division de la membrane crico-thyroïdienne.

A. — Thyrotomie.

On s'est demandé si la thyrotomie devait ou non être précédée de la trachéotomie; Paul Bruns et avec lui M. Morell-Mackenzie pensent que la trachéotomie n'est pas nécessitée par la nature de l'opération, mais parfois par la dyspnée ou d'autres symptômes. Je ne saurais partager cette manière de voir et, avec M. le Dr L. Labbé, j'estime qu'il est au contraire préférable de placer une canule trachéale et même celle de Trendelenburg, avant d'inciser le cartilage thyroïde. L'ouverture faite seule, est en effet accompagnée d'un écoulement sanguin susceptible de compromettre l'opération, et presque toujours elle est suivie d'un œdème aigu de la muqueuse vocale capable, dans certains cas, d'emporter rapidement le malade. La trachéotomie préliminaire me paraît donc commandée par les circonstances et devra être pratiquée soit quelques jours avant la thyrotomie, soit au moment de l'ouverture de ce cartilage, suivant les indications.

On recommande dans la division du cartilage thyroïde qui devra toujours être faite sur la ligne médiane avec un bistouri court, fort et pointu quand il n'y aura pas d'ossification, et, dans le cas contraire, avec une scie circulaire, convexe ou de forts ciseaux, on recommande, dis-je, de laisser intacte l'extrémité supérieure de l'angle rentrant du cartilage thyroïde. Cette remarque a son importance : en effet, la division complète du cartilage en ce point, pourrait détruire les rapports des cordes vocales et par suite occasionner du côté de la voix, après l'opération, d'irréparables désordres. L'incision faite, on maintient ouvertes les deux valves du thyroïde à l'aide de petits écarteurs appropriés. Toutefois, si le jour donné par cette incision était insuffisant, il ne faudrait pas hésiter à sectionner le cartilage dans toute sa hauteur, sur la ligne médiane, c'est-à-dire entre l'insertion antérieure des deux ligaments thyro-aryténoïdiens. Les troubles vocaux consécutifs ne seront souvent pas très appréciables et ils résulteront peut-être plutôt de l'intervention intra-laryngée proprement dite, que de la division du cartilage. Si le champ opératoire n'était pas encore assez à découvert, on pourrait l'agrandir en coupant la membrane crico-thyroïdienne d'un seul ou même des deux côtés, et si cela ne suffisait pas encore, on agirait de même sur la membrane thyro-hyoïdienne. Toutefois on ne doit recourir à la section de ces deux membranes qu'à la dernière extrémité et lorsqu'il sera impossible autrement de mener l'opération à bonne fin.

Lorsque le cartilage thyroïde est ouvert, on projette à l'intérieur de l'organe vocal une forte lumière, soit avec un miroir frontal ordinaire, soit à l'aide d'une lampe électrique. Après s'être rendu un compte exact de la situation du néoplasme, on en pratique l'ablation avec des ciseaux, un bistouri ou le couteau galvanique. Le point d'implantation sera touché soit avec des caustiques chimiques (nitrate d'ar-

gent, nitrate acide de mercure, acide chromique), soit de préférence avec le galvano ou le thermo-cautère.

La tumeur enlevée, et après s'être assuré qu'il n'existait aucun danger d'hémorragie, ou bien l'on pratique la suture des deux lames du cartilage thyroïde, en ayant soin de les affronter bien exactement, ou bien l'on se borne à rapprocher les deux valves et à suturer simplement la peau, profondément au-devant du cartilage. La réunion a lieu généralement par première intention, mais il n'est pas rare d'observer un peu plus tard la formation de petits abcès et de trajets fistuleux, qui se ferment, après expulsion d'un petit séquestre ossifié et nécrosé. C'est ce que j'ai constaté chez trois malades thyrotomisés récemment pour des tumeurs diverses (papillomes diffus et épithéliomas circonscrits). Ces nécroses consécutives résultent habituellement des parties du thyroïde sur lesquelles portaient les écarteurs pendant l'opération; l'écartement des valves cartilagineuses exigeant, en effet, un certain effort, il n'est point rare de voir se produire dans les points tiraillés, de petites fêlures ou même des fractures qui deviennent le point de départ de nécroses limitées, et d'abcès qui en sont la conséquence. C'est surtout après l'opération, que la canule trachéale devient utile et même nécessaire au moins pendant quelques jours, pour parer à l'asphyxie par œdème inflammatoire, et pour permettre de surveiller la cicatrisation de la muqueuse vocale et d'empêcher les récidives si elles tendaient à se produire. Par conséquent, la canule devra être maintenue en place pendant un laps de temps qui variera, suivant les cas, entre quelques jours et quelques mois.

Krisbaber le premier, et après lui d'autres auteurs, ont fait remarquer qu'il était inutile de couper le cartilage cricoïde, car cette division ne facilitait en rien l'extirpation des néoplasmes situés au-dessus des cordes vocales, et était tout à fait superflue pour ceux situés au-dessous.

Les statistiques démontrent que la mortalité consécutive à la thyrotomie s'élèverait de 23 à 31 p. %; ce serait donc une opération en elle-même grave, qu'il faudrait réserver exclusivement aux cas où la vie des malades est mise en danger par la suffocation ou la dysphagie. Je ne serai pas tout à fait aussi pessimiste, car j'estime que, bien faite, la division du cartilage thyroïde n'est pas extrêmement grave, mais constitue dans tous les cas un traumatisme autrement sérieux que l'intervention endo-laryngée.

D'après la statistique de Bruns, il est surabondamment démontré que la récidive était beaucoup plus fréquente après la thyrotomie qu'après l'extirpation par les voies naturelles.

B. — Laryngotomie sous-hyoïdienne.

Préconisée par Malgaigne, cette opération a été pratiquée la première fois en 1859, pour l'extirpation d'un néoplasme du larynx, par Prat, chirurgien de la marine. Elle consiste à inciser transversalement la membrano thyro-hyoïdienne le long du bord inférieur de l'os hyoïde et parallèlement à cet os. Dans un cas, Follin pratiqua l'incision un peu plus bas, le long du bord supérieur du cartilage thyroïde. On doit toujours éviter de prolonger l'incision trop en dessous, ce qui pourrait avoir pour conséquence la blessure de vaisseaux importants.

L'incision faite, on saisit la tumeur avec une pince, on l'attire au dehors et on en pratique l'excision.

Nous n'insisterons pas sur ce procédé, qui a beaucoup perdu de sa valeur depuis l'invention du laryngoscope. Il s'adressait en effet à une variété de néoplasmes qui, de tous, sont, en général, les plus accessibles par les voies naturelles et sous l'éclairage réfléchi.

C. — Laryngotomie infra-thyroïdienne.

Cette opération recommandée par Czermack a été pratiquée par Burow, Morell-Mackenzie, P. Bruns et beaucoup d'autres. Elle a pour but de faciliter l'extirpation des tumeurs situées au-dessous des cordes vocales, ou à la partie supérieure de la trachée.

L'incision de la membrane thyroïdienne peut, dans certains cas, ne pas suffire; on est alors obligé de sectionner le cartilage cricoïde pour obtenir un espace convenable.

Un point qu'il ne faut pas oublier, c'est que toutes ces opérations sont très dangereuses.

Et d'abord le succès est tout aussi incertain et tout aussi incomplet; ensuite, comme l'ont démontré de récentes et instructives discussions au sein de la Société de Chirurgie, les malades sont souvent exposés à mourir de pneumonie septique; celle-ci vraisemblablement occasionnée par la pénétration dans l'arbre aérien, des produits infectieux formés au niveau de la plaie opératoire.

C'est pour ce motif, et aussi pour éviter les accidents qui pourraient résulter de l'œdème inflammatoire consécutif au traumatisme, que je vous conseille de toujours pratiquer au préalable la trachéotomie sous-cricoïdienne, en ayant soin de placer à demeure, au moins pendant les jours qui suivent l'opération, la canule-tampon.

Je ne crois pouvoir mieux faire, en terminant ce qui est relatif au traitement des tumeurs bénignes du larynx, que de vous citer les conclusions formulées sur ce sujet, par les auteurs les plus autorisés en laryngoscopie :

« Dans tous les cas de néoplasme de bonne nature du larynx, *il faut tout d'abord essayer l'extraction par la voie naturelle.* La

dyspnée est-elle intense, et la méthode endo-laryngée n'est-elle pas assez prompte, ou inapplicable, vous devrez pratiquer la trachéotomie et essayer ensuite à nouveau l'extraction *per vias naturales*.

» Avez-vous acquis la certitude que cette dernière ne peut donner un résultat, y a-t-il danger d'étouffement par suite de l'oblitération de la canule, il faut alors et seulement recourir à la thyrotomie, et si possible, à la thyrotomie partielle.

» Les tumeurs sous-glottiques d'un gros volume, que l'on ne saurait atteindre par la bouche, peuvent être enlevées par la laryngotomie infra-thyroïdienne.

» Les troubles de la voix de peu d'intensité ne justifient en aucune façon la pratique de la thyrotomie pour l'extirpation d'un néoplasme. Existe-t-il une aphonie complète, et le malade tient-il absolument à en être délivré, on peut alors ouvrir préalablement le cartilage thyroïde, après avoir fait connaître au patient les difficultés opératoires et les chances incertaines qu'il peut avoir de recouvrir la voix. »

Vous voyez, par conséquent, que les cas dans lesquels vous serez autorisés à agir par la voie externe, constituent une véritable exception ; rappelez-vous bien que c'est là un principe dont vous ne devrez jamais vous départir.

Éversion des ventricules.

SOMMAIRE. — Définition. Ce sont des faits rares. Aspect du larynx. Troubles fonctionnels. — Le diagnostic est facile si l'on est prévenu de l'existence de la lésion. — Pronostic grave au point de vue local. — Le traitement est chirurgical et palliatif.

Comme corollaire aux tumeurs bénignes de l'organe vocal, je tiens à vous dire quelques mots sur l'éversion de la muqueuse ventriculaire. J'élimine bien entendu toutes les éversions de nature inflammatoire que j'ai eu l'occasion de vous signaler chemin faisant.

On désigne sous ce nom une luxation en dedans des ventricules de Morgagni.

Les faits de ce genre sont très peu nombreux. Lefferts, de New-York, Solis-Cohen, de Philadelphie, Massei et Zawerthal en ont signalé chacun un cas; moi-même j'en ai vu un exemple très manifeste à la Clinique en 1886 et vous pourrez en trouver quelques autres observations éparses dans la littérature médicale.

La muqueuse éversée n'occupe généralement qu'un côté du larynx, mais l'on a vu les deux ventricules venir faire saillie dans l'intérieur de cet organe. Les troubles vocaux sont peu intenses si un seul ventricule est renversé, car les deux rubans peuvent encore s'affronter, la voix reste alors simplement voilée et couverte; ce symptôme varie, du reste, avec le degré de l'éversion.

A l'examen laryngoscopique, la bande ventriculaire n'est

plus limitée en dedans par la ligne sombre qui indique la cavité dite de Morgagni, elle se continue au contraire au-dessus des rubans vocaux qu'elle cache, plus ou moins, à la vue de l'observateur. La muqueuse est rosée comme celle de l'organe tout entier. Parfois, au moment de la phonation, on voit se produire une sorte de ballottement ou de plissement de la muqueuse éversée.

Le diagnostic de cette lésion n'est pas toujours facile, et on pourrait aisément la confondre avec un polype du larynx.

Lorsqu'un ventricule est éversé, il est impossible par l'inspection laryngoscopique d'apercevoir la corde vocale; mais alors, on ne voit plus, comme à l'état normal, au-dessous de la bande ventriculaire, cette partie noirâtre produite par l'excavation qui existe à ce niveau; à sa place, au contraire, on verra une sorte de tumeur à base large d'implantation se continuant avec la muqueuse de la corde vocale supérieure. Prévenu de l'existence de ce fait, les causes d'erreur seront de beaucoup diminuées.

Pourrez-vous confondre l'éversion avec un kyste? Je ne le suppose pas, car dans ces derniers cas, la partie saillante est globuleuse, généralement même plus étendue que le ventricule; l'aspect du néoplasme est plus clair, plus transparent, habituellement sillonné par des vaisseaux.

Le pronostic n'est point grave au point de vue de l'existence, mais il est rare que la muqueuse éversée ne détermine pas des troubles vocaux constants qui, chez certains malades, pourraient entraver l'exercice de leur profession; autrement, vous le comprenez aisément, ce ne sont point des tumeurs susceptibles d'augmenter de volume, à moins de troubles inflammatoires diathésiques par exemple.

Le traitement devra être celui qu'on ferait subir à un polype. Lefferts pratiqua chez son malade la thyrotomie et fit

l'extirpation des ventricules. Solis-Coheu en fit la résection à l'aide d'un instrument semblable à l'amygdalotome. Quelques autres praticiens se sont bornés, mais sans résultats, à des applications, sur la muqueuse saillante, de substances astringentes, ou ils ont opéré purement et simplement la réduction qui, le plus souvent, ne s'est maintenue que d'une façon tout à fait passagère.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

TUMEURS MALIGNES

Cancer du larynx.

SOMMAIRE. — Elles sont connues depuis peu d'années. Avant l'introduction du laryngoscope on en avait soupçonné l'existence ; depuis, les observations en sont nombreuses. — Le cancer est une affection relativement rare.
Division du sujet : Tumeurs intra et extra-laryngées. — Variétés Épithélioma ; encéphaloïde ; squirrhe.
Étiologie : La cause est obscure ; influence de l'âge et du sexe. — Le cancer est-il secondaire ? — Peut-il résulter d'une tumeur bénigne transformée ?
Symptomatologie : Les symptômes fonctionnels sont précoces. La voix peut être enrouée de bonne heure ; les troubles respiratoires sont tardifs, mais graves. Douleur ; troubles de la déglutition, de la salivation ; hémorragies. Examen laryngoscopique. — Signes du début. — La tumeur est confirmée. Aspect du larynx suivant les différents néoplasmes. Siège des tumeurs malignes.
Symptômes généraux : Engorgement ganglionnaire ; périchondrite.
La marche est progressive, rapide ; le pronostic grave. — Le diagnostic est habituellement facile, sauf au début.
Traitement : Il sera palliatif ou curatif. — Quelques mots sur la trachéotomie, la thyrotomie et l'extirpation du larynx.

MESSIEURS,

HISTORIQUE. — A. — *Période antélaryngoscopique.* — La connaissance des tumeurs malignes de l'organe vocal est de date relativement fort récente. On pourrait dire, il est vrai,

qu'on en a reconnu l'existence dans la période antélaryngoscopique, mais c'est à peine si on a pu en citer quelques cas, rencontrés à l'autopsie de sujets morts de cette affection. La première observation signalée dans la science est due à Morgagni; car on ne saurait accorder qu'un médiocre intérêt à celles rapportées avant cet auteur. Trousseau, également, a pu, chez un malade, soupçonner un cancer du larynx, mais le diagnostic véritable ne fut réellement établi qu'après la mort. Néanmoins, et en se fondant sur ce cas, avec le haut esprit clinique dont il était doué, il donna de cette affection une fort belle description. Barth a rapporté aussi quelques exemples de cancer du larynx, mais on peut dire que tous les faits antérieurs à l'année 1858 n'ont absolument qu'une simple valeur historique.

B. — *Période laryngoscopique.* — Au contraire, depuis la découverte du laryngoscope, le nombre d'observations de cancers du larynx est devenu considérable, et se chiffre maintenant par centaines. Il me suffira, en effet, de vous citer parmi les auteurs qui en ont signalé des exemples, les noms de Gibb, de Stœrk, de Mandl, d'Isambert, de Krishaber, de Semon, de Fauvel, de Blanc (de Lyon), qui publia en 1872, sur ce sujet, une excellente thèse.

Dans son traité des maladies du larynx, M. Fauvel rapporte trente-sept cas de tumeurs malignes de cet organe. Tous les auteurs classiques ont consacré des articles à l'étude de cette affection. C'est ainsi que Tobold, Solis-Cohen, Bosworth, Lennox-Browne, Massei, Morell-Mackenzie, Gottstein, et presque tous les spécialistes du même genre en ont tour à tour fourni une description plus ou moins détaillée. Plus récemment, M. Schwartz a réuni dans son travail, sur les tumeurs du larynx, la plus grande partie des observations publiées jusqu'à cette époque, et je ne puis mieux faire que de conseiller à ceux que les détails de ces observations intéresseraient d'une

façon particulière la lecture de ce consciencieux travail qui porte sur un total de 225 observations soigneusement recueillies.

Il ne faudrait cependant pas s'exagérer outre mesure la fréquence du cancer laryngé. Tels auteurs, en effet, ayant une grande pratique des maladies des premières voies respiratoires, n'ont pu en constater qu'un nombre relativement restreint, tandis que d'autres fois, c'est par véritables séries que l'on rencontre les tumeurs malignes. C'est ainsi que pendant la maladie d'un personnage resté célèbre dans les annales de la laryngologie nous avons tous pu en observer des cas nombreux, et j'ai eu à cette époque jusqu'à six cancéreux auxquels je donnais mes soins en même temps.

Toutefois, je me crois suffisamment fondé pour avancer que le cancer laryngé, surtout en tant qu'affection primitive, est, jusqu'à un certain point, peu fréquent.

Classification. — En 1875, Isambert, dans ses *Leçons cliniques*, n'admettait qu'une seule classe de tumeurs malignes basée sur leur nature et sur leur marche. Aujourd'hui, elles ont été divisées en deux groupes principaux qui comprennent : 1° les tumeurs intra-laryngées ; 2° les tumeurs extra-laryngées.

Ces deux sortes de néoplasmes offrent en effet une symptomatologie tellement différente qu'il a paru utile d'établir entre elles une ligne de démarcation, d'en faire une description séparée.

Variétés. — Parmi les formes le plus fréquemment observées, il faut en première ligne citer : *a*, l'épithélioma ; *b*, l'encéphaloïde, et *c*, le squirrhe qui constitue une véritable exception dans l'organe vocal.

Si maintenant on se demandait comment se répartissent ces

néoplasmes au point de vue de leur localisation, on pourrait dire que l'épithélioma est surtout une affection intra-laryngée, tandis qu'au contraire les tumeurs malignes extra-laryngées sont quelquefois constituées par des encéphaloïdes.

Il faudrait cependant bien se garder d'un exclusivisme trop absolu, car l'épithélioma n'est point rare sur l'épiglotte, ni à l'entrée des voies digestives et respiratoires.

Étiologie. — Le cancer du larynx, d'après les relevés statistiques des auteurs, serait l'apanage presque exclusif de l'âge adulte. Son maximum de fréquence s'observerait de quarante à soixante ans. Mais il existe des exceptions nombreuses à cette règle; Reid en aurait constaté un chez un enfant de trois ans; Causit en a aussi trouvé chez les enfants. Ziemssen, qui a publié un tableau de 70 cas pris dans différents auteurs, a trouvé que trois fois l'affection était apparue chez des enfants âgés de moins de neuf ans, et trois autres fois entre dix et dix-neuf ans. Mais il n'est que juste de dire que ce sont là des faits absolument exceptionnels et qui ne viennent en rien infirmer la règle générale.

Une remarque déjà faite par Fauvel et dont j'ai été moi-même frappé, c'est que le cancer laryngien se rencontre fréquemment chez des sujets en apparence très vigoureux.

Les hommes y semblent plus exposés que les femmes : sur un total de 179 cas en effet, on ne trouve que 26 femmes pour 153 hommes atteints. Faudrait-il voir là pour le sexe masculin une conséquence fâcheuse, comme on l'a avancé, de l'abus du tabac, de l'alcool, des efforts vocaux : la chose est fort difficile à élucider. Chez les femmes tout au moins, la plupart de ces causes pourraient être révoquées en doute. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un exemple chez une demoiselle de trente-deux ans, chez laquelle aucune cause bien plausible ne pouvait être invoquée pour expliquer l'apparition d'une tumeur

épithéliale. D'autre part, les chanteurs et les femmes publiques devraient figurer dans la statistique pour une part relativement considérable; or, il est loin d'en être ainsi. Il serait encore téméraire de vouloir incriminer le tabac et l'alcool, si l'on songe au nombre incalculable de personnes qui usent et abusent même de ces deux agents, sans être pourtant, fort heureusement, atteintes d'affection maligne de l'organe vocal. Toutefois je ne saurais refuser toute action irritante locale à l'abus du tabac; c'est là un facteur étiologique que vous pourrez assez souvent invoquer, à défaut d'autres, pour expliquer l'apparition de la tumeur. On a voulu faire jouer, dans l'étiologie du cancer du larynx, un certain rôle aux diathèses. Bien que Krishaber seul en ait rapporté quatre cas, cette hypothèse serait peut-être admissible dans une certaine mesure.

Quelques observations, soigneusement contrôlées, tendraient à prouver que parfois le traumatisme extérieur a pu déterminer l'apparition d'un néoplasme malin.

Faut-il considérer le cancer du larynx comme une affection secondaire ? Schiffers a rapporté une observation où le point de départ paraîtrait avoir été dans le foie; mais c'est là un fait isolé. En général le début a lieu dans le larynx.

Les tumeurs primitivement bénignes peuvent-elles, par la suite, se transformer en tumeurs malignes? C'est là une question fort importante sur laquelle j'ai déjà suffisamment insisté (voir page 421) pour qu'il me paraisse inutile d'y revenir longuement ici. Je me bornerai donc à vous dire que M. Fauvel cite dans son livre le cas d'un malade opéré par Ed. Fournié chez lequel un néoplasme au début bénin, serait devenu cancéreux et aurait, au bout d'un an ou deux, déterminé la mort de celui qui en était porteur. Krishaber, de son côté, conteste l'authenticité de l'observation; le fait est du reste difficile à prouver. Comme pièce au procès, je pourrais encore

vous citer le cas d'un sujet, opéré en 1875 par Krishaber lui-même, pour une tumeur alors qualifiée bénigne du larynx. Or l'année dernière, il m'a été donné de revoir ce même malade atteint du côté opposé d'une production maligne ayant nécessité l'extirpation de l'organe vocal. C'est du reste cet opéré que M. le professeur Demons a présenté récemment au Congrès de chirurgie (1889) de Paris, parfaitement guéri de son opération. Il pouvait encore se faire entendre à une certaine distance, quoique privé de son larynx. J'ai appris depuis qu'il venait de succomber, emporté par une hémorragie cérébrale.

Quant au fait de Virchow, de pachydermie verruqueuse, sur lequel cet auteur a de nouveau insisté, à propos du malade tristement célèbre auquel j'ai déjà fait allusion, il pourrait bien nous fournir, dans le débat, certaines explications. On comprend, en effet, que s'il existe des tumeurs mixtes, de véritables verrues du larynx, analogues à cette graine de cancer qui s'observe si fréquemment chez les vieillards, on comprend, dis-je, qu'elles puissent repulluler et devenir malignes. Mais ces néoplasmes auront d'emblée une structure particulière qui permettra, en se fondant sur l'anatomo-pathologie, de croire à leur récidive possible. C'est là, force est de le reconnaître, un artifice assez commode au point de vue du pronostic. Virchow est seul à soutenir cette opinion qui lui a été d'un assez grand secours pour dissimuler sa manière de voir dans le cas auquel je viens de faire allusion.

Symptomatologie. — Les symptômes du cancer du larynx sont de deux ordres : *a*, les uns fonctionnels ; *b*, les autres objectifs, et dont l'étude se fait par l'examen de la cavité laryngienne.

Les symptômes fonctionnels, mal définis au début, sont varia-

bles suivant le siège du néoplasme, par rapport à l'organe vocal. Tout d'abord, nous envisagerons les tumeurs intra-laryngées qui se manifestent par de l'enrouement uniforme et constant. Cette altération de la voix, premier symptôme de la maladie, s'observe longtemps avant que l'attention ne soit attirée du côté du larynx. C'est ainsi qu'on a pu voir des cancers se développer chez des malades enroués depuis trois, quatre et même cinq ans et davantage.

Krishaber a même, dans un cas, observé une perte complète de la voix ayant précédé de vingt ans l'apparition du cancer. Toutefois, il est à croire qu'il ne s'agissait pas là d'une aphonie prodromique, à proprement parler, mais bien d'un trouble lié à une autre affection chronique de la muqueuse.

C'est là, du reste, un fait exceptionnel auquel il ne convient pas d'accorder une importance exagérée.

La voix devient généralement rauque, inégale, et cette raucité ressemble bien souvent à la *raucedo syphilitica* de Diday, dont je vous faisais naguère la description en traitant de la laryngite syphilitique. Enfin vous comprendrez aisément que, suivant le siège et le volume du néoplasme, la voix sera successivement enrouée, bitonale, rauque, voilée ou aphone.

La tumeur est-elle au contraire extra-laryngée, il faudra alors la présence de symptômes graves pour en trahir l'existence. Tels sont, par exemple, la gêne de la déglutition, l'empâtement du cou, la raideur, quelques petites hémorragies, ou encore la compression des récurrents.

La toux n'existe pas au début, c'est plutôt un besoin de débarrasser sa gorge qu'éprouve le malade, qu'une véritable toux.

L'expectoration dans le principe est absolument nulle; plus tard, de muqueuse elle peut devenir muco-purulente, ou

même complètement purulente avec stries sanguinolentes ; elle est, dans ces derniers cas, très abondante, et si la tumeur est extra-laryngée, la salivation devient un symptôme qui attire fatalement l'attention du malade et du médecin.

Les troubles respiratoires, peu marqués au début, varient avec la nature et le siège de la tumeur. En effet si cette dernière se trouve située dans les sinus pyriformes, la respiration demeurera presque toujours intacte. Il en sera tout autrement si la production morbide est développée sur les cordes vocales; elle déterminera alors une dyspnée considérable, nécessitant, presque dès le début, la trachéotomie. Les véritables obstacles au passage de l'air sont dus à de la périchondrite et à des troubles articulaires de l'organe vocal.

En effet, les articulations finissent par s'ankyloser et les cordes vocales ne pouvant presque plus s'écarter de la ligne médiane, il en résulte d'une part, que la saillie de la tumeur, et son gonflement périphérique, et d'autre part, la raideur articulaire occasionnent de la rudesse respiratoire, analogue à celle que M. Fauvel a désignée sous le nom très exact de « ligneuse ».

D'autres fois, la respiration est bruyante, sèche, analogue à celle des syphilitiques. Souvent il se produit des accès de suffocation dus à des causes très minimes ; la vie du malade est en danger à chaque instant.

Ces diverses altérations, légères tout d'abord, augmentent graduellement d'intensité avec la lésion dont elles dépendent.

Les troubles de la déglutition font souvent défaut, ils n'apparaissent que dans la dernière période de la maladie ou période de cachexie, lorsque la tumeur est intra-laryngée ; ils sont alors le résultat de l'extension du néoplasme au dehors.

Dans les cas de cancers extra-laryngés, ces troubles priment au contraire tous les autres et attirent bien vite l'attention. Si la production morbide est située à la partie pos-

térieure du larynx, dès qu'elle aura acquis un certain volume, elle viendra former obstacle à la partie supérieure du conduit alimentaire et par là, rendra difficile la déglutition qui parfois même deviendra tout à fait impossible.

Les douleurs, nulles au début, s'accentuent par la suite. Elles sont parfois lancinantes, spontanées, et ce dernier caractère serait même particulier au cancer de l'organe vocal.

Elles peuvent être exagérées par les mouvements de déglutition et par les attouchements du larynx. Elles siègent ordinairement dans l'organe lui-même ou dans la profondeur du pharynx. Souvent aussi on observe des irradiations pénibles vers l'oreille du côté atteint, ou même des deux côtés; c'est encore vers la nuque que se fait la répercussion douloureuse dont se plaint le malade.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs situées dans les replis aryépiglottiques, les douleurs auriculaires sont alors très prononcées. Ces sensations peuvent ressembler à des névralgies comme l'a très bien fait ressortir Bayer dans un cas rapporté par lui. C'est là un fait d'une importance considérable et souvent, à lui seul, il pourra faire songer à l'existence d'une tumeur maligne de l'organe vocal. Pour mon propre compte, il m'a été donné d'observer quelques exemples de ce genre et chaque fois j'ai été frappé du caractère particulier de la douleur accusée par le malade. Ce symptôme peut faire défaut ou bien encore se rattacher à une affection ulcéreuse du larynx d'un tout autre genre; aussi ne saurait-on le considérer comme absolument pathognomonique malgré toute l'importance qu'il faut lui accorder.

La salivation, dans les cas de tumeurs extra-laryngées, est très abondante d'ordinaire, et cela par suite de la gêne de la déglutition et de la sécrétion exagérée des glandes salivaires. Les caractères de cette dernière sont variables, c'est-à-

dire qu'elle est simplement filante ou légèrement visqueuse, comme aussi elle peut être ichoreuse, teintée de sang, jaune, spumeuse.

L'haleine est fétide, surtout dans les cas de cancer ulcéré. Dans ces derniers cas, on peut aussi redouter les *hémorragies* qui souvent compliquent ces lésions. Ce symptôme a même, d'après M. Fauvel, une importance diagnostique considérable. On peut en effet affirmer presque à coup sûr, qu'un néoplasme du larynx, accompagné d'hémorragie, est une tumeur maligne. Ces écoulements sanguins très variables comme abondance, se traduisent tantôt par de simples filets de sang, mélangés à l'expectoration ; tantôt au contraire ils sont d'une profusion inquiétante pour le malade, pour son entourage, et même pour le médecin. C'est surtout dans les cas de tumeurs extra-laryngées que j'ai vu se produire des pertes de sang réitérées et assez abondantes pour menacer l'existence du malheureux patient.

Malgré l'existence de tous les symptômes que nous venons de signaler, il pourrait maintes fois arriver qu'on éprouvât de sérieuses difficultés à établir un diagnostic exact. Si Trousseau a pu deviner un cancer du larynx — du reste démontré à l'autopsie — par la seule constatation des signes fonctionnels, il n'en reste pas moins vrai qu'avec ces seuls moyens, l'hésitation serait très souvent permise.

On a dit aussi que le toucher digital était de quelque secours; mais outre qu'il n'est pas toujours praticable, souvent il pourrait être dangereux, et c'est pourquoi je n'hésiterai nullement à vous le déconseiller.

Il nous reste un moyen d'investigation, à lui seul plus puissant que tous les autres réunis, car il fournit presque toujours des indications très nettes; il faudra toujours y avoir recours pour établir un diagnostic aussi précis et aussi

indiscutable que possible. Ce moyen, Messieurs, vous l'avez deviné, c'est l'*examen laryngoscopique*.

Ce procédé pourra trouver ses indications dès le début, à une époque où le diagnostic de tumeur maligne serait à peu près complètement impossible. Tout au plus en effet existera-t-il à ce moment, et dans certains cas, un peu de congestion et de tuméfaction localisées de la muqueuse vocale, symptômes dont la véritable signification pathologique ne sera pas toujours facile à établir. Mais un peu plus tard vous constaterez du gonflement avec rougeur vineuse, les tissus auront une couleur jambonnée et vous observerez un léger œdème de voisinage, surtout s'il s'agit de la partie postérieure du larynx ou des bandes ventriculaires.

Chez quelques sujets, les plus âgés en particulier (au-dessus de cinquante ans), vous trouverez au début une simple tumeur grisâtre d'aspect villeux, papillaire, occupant l'un des rubans vocaux, sur lequel elle sera insérée par une large surface dont les bords ne sont pas toujours bien nets. Venez-vous à entamer ce néoplasme, souvent assez dur, presque corné, vous voyez une surface rosée, inégale, qui au lieu de se cicatriser, repullule rapidement et reprend en quelques jours un volume plus considérable qu'avant la tentative d'extraction. C'est là, Messieurs, un signe à peu près certain d'une tumeur maligne, et si le microscope ne vous révélait sa nature exacte, vos doutes à l'égard de cette production devraient néanmoins persister.

Ces symptômes iront s'accentuant plus tard, l'œdème et la tuméfaction deviendront plus prononcés, et c'est alors qu'on pourra porter le véritable diagnostic. A cette période les signes objectifs changeront suivant la variété de tumeurs malignes en présence de laquelle vous vous trouverez; aussi allons-nous examiner successivement les différents aspects du larynx dans ces cas.

I. — *Épithélioma.* — Dans l'épithélioma vous constaterez une tumeur rougeâtre, mamelonnée, anfractueuse, dont les bords granuleux s'ulcèrent eux-mêmes en produisant des bourgeons en choux-fleurs d'un rouge sanieux. Quelquefois vous verrez de simples infiltrations cancéreuses avec aspect rugueux et déterminant dans l'intérieur du larynx de petites saillies assez nettes pour un œil expérimenté. Si tous ces signes existent, vous pourrez établir un diagnostic certain et ne pas craindre d'affirmer.

II. — *Encéphaloïde.* — S'agit-il d'un encéphaloïde, vous aurez sous les yeux un gonflement presque uniforme, légèrement mamelonné, avec bourgeons sanieux grisâtres, presque incolores même. La tumeur est mûriforme, globuleuse et a généralement pour siège les replis ary-épiglottiques ou les sinus pyriformes. De plus l'encéphaloïde est sujet à pousser en dehors des proliférations. La tumeur s'ulcère de bonne heure et dès ce moment apparaissent des granulations qui prennent naissance à sa surface et non dans la muqueuse environnante, laquelle, parfois, n'est envahie que très tardivement.

III. — *Sarcome.* — Le sarcome est plus rare et revêtu d'une sorte de casque; il s'ulcère à la période terminale. Le plus souvent, il est largement inséré; la surface en est tantôt lisse et unie, tantôt verruqueuse, quelquefois lobulée. La coloration en est rouge vif ou sombre, tandis que d'autres fois la masse a un aspect jaunâtre.

IV. — *Tumeurs mélaniques.* — Les tumeurs mélaniques sont excessivement rares. Tout au plus s'il en existe un ou deux exemples dus à Fauvel et à Morell-Mackenzie. Elles ont une coloration noirâtre, suffisamment caractéristique pour qu'il me paraisse inutile d'y insister.

SIÈGE. — Les auteurs ont cherché à déterminer le siège

exact du cancer du larynx. Vous devez tout d'abord savoir que la chose n'est pas toujours très aisée; souvent en effet les malades se présentent à votre examen à une période avancée et alors que l'envahissement des différentes parties de l'organe vous mettra dans l'impossibilité presque absolue de déterminer nettement le point de départ de la néoplasie. Néanmoins les statistiques nous apprennent que, d'après M. Mackenzie, dans 56,7 pour 100 des cas, les bandes ventriculaires ont été affectées les premières. Sur 37 sujets, Fauvel a constaté que 26 fois la tumeur se trouvait à gauche et 16 fois elle débuta par la bande ventriculaire. Dans les cas de cancer intra-laryngé, ce sont, en effet, les cordes ou les rubans vocaux eux-mêmes qui sont le plus souvent atteints, tandis que si le néoplasme est extra-laryngé, l'épiglotte et l'entrée des voies digestives sont les points les plus exposés.

J'ai omis à dessein de vous parler de l'aspect extérieur du malade qui demeure le même jusqu'à la période cachectique. Le gonflement de l'organe, sa déformation et l'engorgement ganglionnaire, n'apparaissent guère qu'au dernier terme de l'affection. C'est seulement lorsque la tumeur est ulcérée que l'on observe tout le cortège symptomatique de l'affection. Le cartilage thyroïde s'hypertrophie et se transforme en une véritable carapace (Isambert). La région atteinte se modifie profondément, le patient commence à souffrir de troubles de la déglutition et de la sténose respiratoire qui peu à peu apparaissent. A ce moment le doute n'est plus permis; car, sachez-le bien, l'engorgement ganglionnaire ne s'observe que lorsque le néoplasme a complètement envahi le larynx. Aussi ce symptôme pour ainsi dire ultime n'a-t-il qu'une valeur tout à fait relative.

Anatomie pathologique. — L'épithélioma est, de toutes les productions malignes, la plus fréquemment observée dans l'organe vocal; M. Morell-Mackenzie en a trouvé 45 sur

53 cas; il n'y avait que 2 squirrhes et 6 encéphaloïdes. Sur 68 observations réunies par Ziemssen, on comptait 57 épithéliomas, 9 encéphaloïdes et 2 tumeurs villeuses. Au contraire, Fauvel aurait constaté sur 39 cas, 19 encéphaloïdes, 16 épithéliomas et 2 cas douteux; Schrœtter, sur 20 cas, 17 épithéliomas et 3 encéphaloïdes.

Morell-Mackenzie sur 32 autopsies a trouvé 10 fois de la nécrose des cartilages. Dans tous les cas terminés par la mort, il a trouvé de l'œdème et 11 fois sur 21 il en a même constaté pendant la vie.

Ma pratique particulière me porte à considérer l'épithélioma comme étant de beaucoup la forme maligne la plus fréquente.

Marche. — On peut distinguer à la maladie deux périodes dans sa marche. La première lente, dure des années et le médecin n'y assiste que rarement. Quand, au contraire, la tumeur a commencé à se développer soit sous l'influence d'une irritation locale, soit pour des causes souvent difficiles à déterminer, et à plus forte raison lorsque l'ulcération s'est manifestée, le mal progresse avec une très grande rapidité et la terminaison fatale ne se fait guère attendre au delà de un à deux ans, terme maximum de la durée de l'affection. Il est presque possible alors d'assigner à la vie du malade, des limites précises basées sur son état général et la nature de l'intervention. Lorsque commence à apparaître la périchondrite thyroïdienne ou l'engorgement ganglionnaire, c'est que l'évolution va être rapide et que quelques mois à peine vous séparent de l'issue mortelle.

Terminaison. — Pronostic. — Le cancer du larynx est, en effet, une affection très grave, dont on ne guérit guère si le mal est abandonné aux seuls efforts de la nature. La terminaison est toujours néfaste et le malade meurt épuisé par la cachexie ou bien emporté par l'asphyxie. Cette der-

nière résulte non seulement de la sténose laryngée et de l'apport d'air insuffisant pour entretenir l'existence, mais aussi (j'ai plusieurs observations de ce genre) de ce que la tumeur s'étend au dehors ou infiltre les tissus de voisinage, déterminant ainsi la compression des récurrents, des pneumogastriques qu'elle englobe parfois complètement, et produisant des accès de suffocation avec troubles de la circulation. Le cancéreux meurt alors suffoquant, malgré l'existence de la canule trachéale, et malgré le libre accès de l'air dans la trachée que les bourgeons cancéreux n'ont pas encore envahie.

Songez aussi que l'infiltration des ganglions péri-trachéaux pourra devenir une cause de sténose respiratoire profonde par la compression que produiront les glandes lymphatbiques hypertrophiées sur la trachée ou les premières bronches. Les faits que je vous avance ne sont point une simple hypothèse, car leur description est basée sur l'observation de pièces anatomiques; et plusieurs d'entre vous ont sans nul doute encore présentes à la mémoire les pièces d'un cancéreux trachéotomisé qui succomba asphyxié parce que ses pneumo-gastriques étaient englobés dans le néoplasme. Ces pièces qui ont été montrées à la Société anatomique de Bordeaux, viennent augmenter encore le dossier déjà si intéressant du cancer du larynx.

Les tumeurs carcinomateuses paraissent être celles dont le pronostic est le plus sombre; dans le sarcome, au contraire, on a cité certains cas de guérison après extirpation pratiquée par la bouche (Mackenzie, Navratil, Türck, Gottstein), ou après thyrotomie (Balatta), ou enfin après extirpation du larynx.

Complications. — La complication habituelle, c'est l'œdème, qui accompagne forcément les productions malignes de l'organe vocal : œdème rouge, dur, formant plutôt une infiltration de voisinage qu'un véritable œdème. D'autres complications

peuvent encore venir hâter l'issue fatale : telles la périchondrite, la formation d'abcès, les perforations dans l'œsophage, les pneumonies, etc.

Lorsque la trachétomie est pratiquée, un accident malheureusement trop fréquent est la pullulation du néoplasme dans le conduit trachéal au-dessous de l'ouverture de la canule; l'asphyxie en est la conséquence. L'hémorragie peut être assez considérable pour menacer l'existence du malade et constituer une aggravation redoutable à cause des difficultés que l'on éprouve à combattre ce symptôme. C'est ainsi que succomba l'un de mes malades qui en quarante-huit heures fut emporté par une véritable série d'hémorragies très abondantes.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours chose facile, et je dirai même que, tout à fait au début, il présente de nombreuses difficultés. Nous pouvons cependant éliminer d'emblée un certain nombre d'affections chroniques de la muqueuse vocale : telles la laryngite simple, la laryngite hypertrophique, etc. Pourriez-vous songer à de simples polypes muqueux ? Ceux-ci n'occupent jamais ou presque jamais les bandes ventriculaires, ni les replis ary-épiglottiques; on ne les trouve que très rarement dans la région aryténoïdienne ou sur l'épiglotte; presque toujours ils sont situés sur les cordes vocales, où ils forment une tumeur gris rosé, comme mamelonnée, et le plus habituellement pédiculée. Tout au plus certains papillomes cornés à large base d'implantation, observés chez des personnes âgées, devraient-ils vous inspirer quelques doutes sur leur nature réelle, mais l'intervention vous mettra bientôt sur la voie de la vérité dans les cas incertains. En effet, les tumeurs bénignes opérées, même en partie, ont généralement tendance à rétrocéder, tandis que c'est le contraire pour les néoplasmes malins. Rappelez-vous aussi que la moindre infiltration périphérique devrait tenir votre esprit en éveil et vous faire songer à un cancer.

La tuberculose laryngée n'est jamais limitée à une seule corde; et assez fréquemment, il existe, du côté des poumons ou d'autres organes, des symptômes concomitants. C'est là du reste un diagnostic différentiel qui ne mérite pas de nous arrêter longtemps. L'examen histologique des crachats ou des sécrétions laryngées lèverait du reste vos derniers scrupules, si vous pouviez en avoir après l'examen de l'organe.

Le lupus du larynx a une prédilection marquée pour l'épiglotte; en général, il engendre des granulations rosées, pâles; il détruit les tissus sous-jacents et ne saurait par conséquent être confondu avec une tumeur maligne.

La syphilis dans ses manifestations secondaires n'offre aucune analogie avec l'affection qui nous occupe, mais à la période tertiaire, le diagnostic différentiel sera parfois plus difficile à établir. S'agit-il d'une gomme, ce sera habituellement l'épiglotte ou l'une des bandes ventriculaires, la région sous-glottique ou aryténoïdienne qui seront successivement atteintes; mais en dehors des anamnestiques qui pourront vous être d'un secours précieux, rappelez-vous que la gomme évolue plus rapidement que le cancer; en l'espace d'un mois ou deux, quelquefois en un laps de temps plus court, le malade vous dit être arrivé à l'état dans lequel vous le trouvez. Le cancer, à la période d'infiltration, est déjà rouge, mamelonné, grisâtre par places; la sécrétion est peu abondante; il peut exister des douleurs spontanées; aucun de ces caractères ne se retrouve dans la syphilis tertiaire. Existe-t-il une ulcération, si elle est cratériforme, taillée dans l'épaisseur des tissus, suppurante, accompagnée de bourgeonnements rosés ou rouges de la muqueuse laryngée, songez à la syphilis, car le cancer à cette période a déjà déterminé l'éclosion d'accidents, qui ne permettent plus de douter de sa nature. L'existence de lésions simultanées du côté du pharynx, du voile ou de la voûte palatine, pourra aussi éclairer votre diagnostic, que vous

serez autorisés, dans les cas douteux, à établir définitivement à l'aide du traitement spécifique (sirop bi-ioduré, frictions mercurielles, iodure de potassium).

Traitement. — Quelle ligne de conduite faudra-t-il tenir en cas de cancer du larynx? La question est loin d'être tranchée. Certains auteurs, en effet, proscrivent toute intervention comme inutile et peut-être dangereuse; quelques-uns recommandent simplement de parer à l'asphyxie par l'ouverture des voies aériennes, essayant ainsi de prolonger l'existence du malade; tandis que d'autres enfin plus hardis et plus téméraires, ne craignent pas de proposer l'ouverture du cartilage thyroïde (thyrotomie), ou même l'extirpation de l'organe vocal en partie ou en totalité, suivant les besoins de la cause.

Je ne vous parle pas, en effet, de la possibilité de détruire ou d'extraire les tumeurs malignes par la voie buccale; c'est là un procédé beaucoup trop incomplet pour mériter autre chose qu'une simple mention. Tout au plus pourrait-il vous servir au début pour poser les bases du diagnostic en vous permettant d'examiner sous le microscope des fragments du néoplasme douteux.

Je laisse également de côté le traitement médical et même les attouchements directs de la tumeur avec la teinture de tuya, récemment préconisée pour guérir le cancer en général et celui du larynx en particulier; ce serait perdre un temps précieux et rendre votre intervention ultérieure hasardeuse, au cas où vous auriez l'intention d'agir plus énergiquement, car régulièrement appliqué et administré à l'intérieur, ce remède n'a malheureusement pas été curatif.

Trachéotomie. — La trachéotomie, dont Solis-Cohen a été l'un des partisans les plus chauds et les plus autorisés, n'est évidemment qu'un moyen de prolonger les jours du malade en parant aux dangers d'asphyxie qui le menacent par suite de

l'accroissement du néoplasme. C'est le traitement palliatif d'un symptôme; ce n'est pas le traitement de l'affection elle-même. Je sais bien que M. Solis-Cohen a basé sa manière de voir sur une statistique fort peu encourageante pour les autres modes d'intervention; mais il faut reconnaître aussi que les premières séries d'opérés d'une manière radicale étaient dans des conditions de survie bien défavorables et par conséquent devaient rendre les statistiques d'alors peut-être un peu plus sombres qu'elles ne le seront plus tard.

Toutefois, comme l'ouverture des voies aériennes sera, dans la généralité des cas, la première opération que vous aurez à pratiquer chez les cancéreux du larynx, il est bon que vous ayez quelques notions sur la manière dont il vous faudra procéder en pareille occurrence. Et d'abord vous repousserez d'emblée la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne qui constituerait une mauvaise intervention. En effet, ainsi que l'a fait observer M. Verneuil, il vous est difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser les limites exactes du mal; aussi, en ouvrant la trachée au niveau de l'espace crico-thyroïdien, courez-vous les risques ou de tomber sur la tumeur et de ne pouvoir introduire votre canule, ou de voir les bourgeons charnus gagner la partie inférieure du tube trachéal et venir en rétrécir ou en combler la lumière. Il est donc important pour ces deux raisons, d'opérer aussi bas que possible, à quelques centimètres au-dessus de la fourchette sternale. Cette manière de faire aura encore l'avantage, si vous désirez agir plus activement, de vous laisser au-dessus de la canule un espace suffisant pour manœuvrer tout à votre aise.

Vous agirez suivant les règles habituelles, c'est-à-dire lentement, couche par couche, en liant les artères ou les veines, avec du catgut, avant de pratiquer l'ouverture du conduit aérien. N'oubliez pas, en effet, que la trachéotomie inférieure, chez l'adulte, est une opération bien différente de celle que vous voyez faire presque journellement chez les

enfants. Ici les vaisseaux sont peu volumineux, l'hémorragie s'arrête une fois le conduit de l'air ouvert; il est loin d'en être ainsi chez l'adulte. D'une part la trachée est à ce niveau profondément située, vous avez à sectionner des veines et souvent des artères d'un calibre assez gros pour occasionner une hémorragie véritable, ou des accidents septiques du côté des poumons; en outre, vous opérez souvent à un âge où les cartilages sont ossifiés ou envahis par le processus morbide. Ces motifs suffisent pour vous inspirer le désir de vous donner du jour à l'aide d'une longue incision, et ensuite de n'ouvrir la trachée que lorsqu'elle est bien mise à nu et que l'hémostase est complète. Ce sont là des principes dont il ne faudra pas vous départir si vous ne voulez pas avoir dans la pratique des ennuis sérieux.

Aussitôt l'incision faite avec le bistouri droit, court et bien affilé, vous placez l'index gauche dans la plaie et vous introduisez la canule guidée par le mandrin de Péan qui a l'avantage, très appréciable à mon sens, de supprimer le dilatateur. Ce dernier, en effet, dans les mains de chirurgiens émus, a causé bien des catastrophes en faisant perdre la boutonnière trachéale que n'abandonne jamais l'index dans le procédé que je viens de vous indiquer. Si vous étiez privés de cet instrument, je vous conseillerais alors de faire tenir béantes les lèvres de la plaie profonde, à l'aide de simples écarteurs (deux épingles à cheveux recourbées en crochet peuvent au besoin être utilisées dans ce sens) et d'introduire tranquillement votre tube dans l'ouverture, toujours guidé par l'index gauche placé sur la lèvre droite de l'incision trachéale. Pendant toutes ces manœuvres, vous vous garderez bien de modifier la position de votre opéré pour ne pas changer les rapports anatomiques de la région. La canule placée, le malade est alors assis sur son lit, pendant la quinte de toux qui accompagne cette introduction, et vous appliquez ensuite le pansement ordinaire : protective sur la plaie, gaze ou tarlatane simple et

sèche au-devant du cou, etc.). Si la trachéotomie a été pratiquée comme opération préliminaire, c'est-à-dire avant la période asphyxique, vous ne devrez pas, à moins de contre-indication spéciale (alcoolisme, maladie de cœur, etc.), priver votre malade des bienfaits du chloroforme; au contraire, il faudra repousser l'emploi de cet anesthésique si l'orifice par lequel s'effectue la respiration est très petit et susceptible de s'obstruer pendant la chloroformisation.

Lorsque l'ouverture de la trachée a été faite d'assez bonne heure pour que vous puissiez songer à une intervention d'un autre genre, vous disposez alors comme traitement curatif des deux méthodes dont je vous ai parlé plus haut, la thyrotomie et l'extirpation partielle ou totale du larynx.

A. — *Thyrotomie.* — Préconisée autrefois par Desault et pratiquée, pour la première fois, en 1788 par Pelletan, la thyrotomie consiste, comme son nom l'indique, dans l'ouverture médiane du cartilage thyroïde. C'est, je vous l'ai déjà dit à propos du traitement des polypes, une opération relativement bénigne, sur la technique de laquelle j'ai suffisamment insisté dans mes précédentes leçons (Voir p. 443), pour qu'il soit inutile d'y revenir ici. Je me bornerai seulement à vous en formuler les indications.

Vous n'avez pas oublié que le cancer de l'organe vocal reste longtemps localisé, et que, durant toute cette période, il est possible de l'atteindre et de le détruire radicalement. C'est particulièrement dans le cas où le néoplasme débutera par les rubans vocaux et y sera resté confiné, que la thyrotomie offrira quelques chances de succès; c'est aussi dans ces saillies cornées, assez fréquentes chez les vieillards (au-dessus de soixante ans), sans altération de la muqueuse voisine, que vous pourrez, par l'ouverture du thyroïde, arriver jusqu'à la partie malade, tailler même dans les tissus sains et cautériser au thermo ou au galvano-cautère le point

d'implantation de la tumeur pour en détruire plus sûrement les germes. Ce procédé pourra alors, mais alors seulement, vous donner quelques succès. M. Solis-Cohen en a rapporté un exemple frappant; j'ai également par devers moi un succès de ce genre chez un malade opéré depuis quatre ans et toujours en parfaite santé. Sachez seulement que, même dans les conditions les plus favorables en apparence, la thyrotomie ne met pas toujours à l'abri des récidives. Deux malades, chez lesquels je suis intervenu dans l'année 1888, et qui tous les deux étaient porteurs de petits néoplasmes des cordes vocales, parfaitement limités, mais de nature épithéliale, m'ont fourni deux insuccès; l'un d'eux, âgé de soixante ans, opéré le 25 juillet 1888, a succombé le 11 juin 1889, de récidive, sans réouverture de la plaie thyroïdienne qui s'était parfaitement cicatrisée. Le deuxième, âgé de quarante-cinq ans, opéré en mars 1888, est encore vivant deux ans après; mais, guéri en apparence jusqu'au mois de novembre 1889, c'est-à-dire pendant vingt et un mois, et débarrassé de sa canule trachéale à cette époque, il a vu, peu de temps après, survenir une nouvelle gêne respiratoire qui m'a contraint à faire une deuxième trachéotomie. Depuis ce moment, j'assiste à une récidive de la tumeur contre laquelle le malade refuse de lutter. Je vous cite ces deux exemples parce qu'ils rentrent bien dans la catégorie des cas auxquels la thyrotomie est applicable; et cependant, vous le voyez, le succès n'a pas couronné mes efforts, puisque deux fois j'ai eu une récidive, à des intervalles bien différents, mais que l'âge des malades me semble de nature à expliquer.

Ai-je besoin d'ajouter que faite plus tardivement, et quand la tumeur est en plein développement, la thyrotomie est contre-indiquée. Vous avez, en effet, à cette période, à redouter l'issue du cancer par la fente thyroïdienne non cicatrisée et la production au dehors d'une plaie hideuse et fétide qui

devient un objet d'horreur et de dégoût pour le malade et pour son entourage. C'est après avoir assisté à une terminaison de ce genre que je vous signale les inconvénients de la méthode en pareil cas.

Un dernier mot encore à propos de cette opération. Si vous avez à traiter chirurgicalement un sujet âgé de cinquante ans ou au delà, tâchez autant que possible d'inciser la trachée et le thyroïde dans la même séance. La trachéotomie seule constitue, en effet, à cet âge, un traumatisme sérieux qui vous empêchera ensuite d'intervenir par la thyrotomie peut-être pendant des mois, et rendra alors cette dernière infructueuse ou impossible à cause de l'accroissement de la tumeur. C'est encore là un fait basé sur l'observation. J'eus, en effet, dans cette même année 1888, l'occasion de trachéotomiser un homme de soixante-onze ans, mais bien conservé et très vigoureux. Il était atteint d'épithélioma de la corde vocale droite; cette opération produisit de tels désordres, que lorsque l'état du sujet m'aurait permis d'ouvrir le larynx, la tumeur était devenue inopérable par cette voie, à cause du volume considérable qu'elle avait acquis dans l'espace de quelques mois.

Rappelez-vous enfin que la trachéotomie et la thyrotomie devront toujours, à moins de contre-indications spéciales, être faites sous le chloroforme; en effet, le volume de la tumeur est encore, au moment où vous intervenez, trop petit pour gêner la respiration laryngée, et par conséquent empêcher le malade de bénéficier de l'anesthésie.

Je ne vous parlerai que pour mémoire de la laryngotomie sus et sous-thyroïdienne; elles ne fournissent pas un jour suffisant pour agir bien à l'aise, et par conséquent faire une opération nette qui circonscrive bien et dépasse même la partie atteinte. Il vous suffirait du reste de jeter les yeux sur le relevé dressé en 1888, par le Dr Baratoux, pour vous convaincre des insuccès fournis par cette méthode assez peu employée.

B. — *Extirpation du larynx.* — Lorsqu'en 1872, M. E. Blanc terminait les considérations qu'il venait de développer à propos du traitement du cancer du larynx, il disait : « Un chirurgien allemand est allé tout simplement jusqu'à conseiller l'extirpation du larynx, et il appuie son dire sur des expériences faites sur des chiens. Qu'il le fasse chez l'homme, dit M. Blanc, et alors nous pourrons juger, car nous croyons bien que personne n'osera tenter cette opération avant lui. » Si le regretté médecin de Lyon vivait encore, il verrait que cette opération, si audacieuse en apparence, n'est pas en réalité aussi dangereuse que l'on pouvait le supposer tout d'abord. Il est bien prouvé, bien établi par des faits nombreux, que l'on peut enlever le larynx sans danger de mort immédiate pour le malade. C'est un traumatisme sérieux, cela est vrai, mais très possible dans l'état actuel de la science.

Suivant que tout le larynx est envahi ou que l'une des parties de l'organe est saine, l'extirpation est totale ou partielle. Pratiquée pour la première fois par Billroth, de Vienne, le 31 décembre 1873, l'ablation totale a été depuis cette époque répétée un grand nombre de fois, et dans son dernier travail d'ensemble sur ce sujet, M. le Dr Baratoux a pu réunir jusqu'à la fin de l'année 1889, un total de 205 opérations de ce genre qui se divisent en :

Extirpations totales	131
— partielles ou unilatérales	74

Faite en France, pour la première fois, au commencement de l'année 1886 à un mois d'intervalle par MM. Péan et Labbé, elle a été effectuée en 1887, dans notre ville, par M. Demons, qui fit successivement à quelques jours de distance, chez deux de mes malades, à l'un l'ablation partielle et à l'autre l'extirpation totale du larynx.

Vous n'avez qu'à vous reporter au tableau statistique

auquel je viens de faire allusion, et vous verrez les conditions déplorables dans lesquelles ont été pratiquées la plupart des



Fig. 42.

Récidive d'un épithelioma du larynx après extirpation partielle pratiquée par M. le professeur Demone. (Hémi-laryngectomie et ablation de l'épiglotte, d'une partie du pharynx et de la base de la langue, d'après une photographie.)

opérations tentées jusqu'à ce jour. C'est à peine si 8 % des cancéreux ont survécu, et encore faut-il comprendre parmi ces

derniers, tous ceux qui ont pu vivre douze mois; ce qui est évidemment insuffisant, puisque vous avez vu le premier opéré de M. Demons, atteint de récidive un an après l'intervention partielle, ne succomber que tout récemment, c'est-à-dire plus de vingt mois après l'action chirurgicale. (Voir fig. 42.)

Vous voyez que s'il faut s'appuyer sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour, les chances de guérison véritable sont assez minimes, pour que plusieurs chirurgiens se soient élevés avec force contre une pareille intervention. C'est ainsi que MM. Tillaux, Verneuil et Richet, en France, n'ont pas craint de repousser cette manière d'agir comme trop problématique, lui préférant la simple trachéotomie. Toutefois, si l'on songe, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, d'une part, aux mauvaises conditions dans lesquelles on a opéré jusqu'à ces dernières années (période cachectique, ganglionnaire), et d'une autre, à la terminaison fatale, irrémédiable, qui attend le malade, il me semble que l'opération s'imposera davantage, n'offrît-elle qu'une seule chance de succès sur quatre-vingt-dix-neuf de mort possible aussitôt après l'intervention, ou dans un avenir plus ou moins rapproché. Abandonné à lui-même, le cancer du larynx est une affection grave, même terrible, puisque le malade, plein de connaissance jusqu'au terme fatal, succombe d'asphyxie et d'inanition en répandant autour de lui un air septique, qui l'empoisonne lui-même et hâte le dénouement. Intervenir en pareil cas, c'est tenter une chance suprême qui hâtera peut-être la terminaison, épargnant alors au patient bien des souffrances, ou qui le sauvera d'une mort certaine, tout en lui laissant, sachez-le bien, une existence triste et pénible. En effet, respirant par une canule, il sera encore plus que tout autre, exposé à succomber à une affection pulmonaire; c'est ainsi qu'ont fini la plupart des malades guéris de leur larynx.

Les indications de l'extirpation du larynx me semblent être de celles qui se résolvent au lit du malade, suivant les sujets et suivant les circonstances. Vous ne devrez pas hésiter à la proposer si vous la croyez de nature à le sauver, mais vous ne manquerez pas d'avoir toujours présents à l'esprit les résultats connus jusqu'à ce jour sur cette intervention et que l'avenir modifiera sans doute.

Quoi qu'il en soit, une fois votre parti arrêté, l'ouverture de la trachée ayant été faite quelques jours à l'avance, ou au moment suivant les cas, vous remplacerez la canule ordinaire par celle de Trendelenburg. Cette dernière, vous le savez, se compose d'une simple canule munie à son extrémité inférieure d'un manchon en caoutchouc, communiquant avec l'extérieur par un petit tube par lequel vous insufflez de l'air avec une poire *ad hoc.* L'air ainsi introduit vient gonfler le caoutchouc qui se moule alors sur la paroi interne de la trachée et empêche le sang venant de la plaie supérieure, de tomber dans les voies aériennes.

Cette précaution préliminaire étant prise, vous faites au devant du larynx une incision en T dont la barre verticale part de la partie médiane de l'os hyoïde pour venir rejoindre la partie supérieure de l'incision trachéale; la deuxième incision suit le bord inférieur de l'os hyoïde. Vous disséquez alors les cartilages thyroïde et cricoïde que vous suivez exactement, comme le conseille M. L. Labbé, en supposant que ce cartilage représente une tumeur à énucléer; chemin faisant vous pincez les vaisseaux qui fournissent du sang et vous gagnez ainsi de chaque côté la partie postérieure. Sectionnant alors la trachée au-dessous du cricoïde, vous introduisez l'index dans le larynx par en bas, pendant qu'avec l'autre main vous séparez la partie postérieure de l'organe vocal, de l'œsophage.

Arrivés à la portion supérieure, vous avez encore à détacher l'épiglotte de la base de la langue, ce que vous faites à

petits coups de ciseaux; saisissant ensuite, avec des pinces, les vaisseaux divisés, vous en faites la ligature. En agissant ainsi, vous avez évité les organes importants situés sur les côtés du larynx et votre opération s'est heureusement, et je puis dire, rapidement effectuée.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le chloroforme a été administré par la canule avec un tube de caoutchouc, ce qui permet à l'aide de se tenir à une certaine distance de l'opérateur. La canule-tampon a été regonflée de temps à autre et vous vous êtes assurés de son bon fonctionnement en laissant par intervalles revenir la sensibilité trachéale; de la sorte, le malade peut expectorer les mucosités ou le sang contenus dans sa trachée, et par conséquent, il vous est possible de vous rendre compte de la manière dont la canule de Trendelenburg remplit le rôle qui lui est dévolu.

M. Périer, dans une communication toute récente, faite à la Société de chirurgie de Paris (19 mars 1890), dit avoir extirpé le larynx sans faire de trachéotomie préalable; voici les divers temps de cette opération qui diffère absolument de toutes celles faites jusqu'à ce jour :

Incision transversale à un travers de doigt au-dessus du cartilage cricoïde et s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre. L'incision comprend tous les tissus jusqu'à l'aponévrose. Entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, deuxième incision allant jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne. Incision médiane s'étendant en profondeur jusqu'aux cartilages du larynx. On rabat toutes les parties molles, en rasant la surface externe du larynx. On récline les muscles et, en particulier, le constricteur inférieur du pharynx.

Le larynx, ainsi libéré, ne tient plus, pour ainsi dire, qu'à la muqueuse pharyngienne. On passe, à travers la partie supérieure de la trachée, un fil qui servira à maintenir le conduit trachéal. Une tentative est faite pour introduire un fil entre la

trachée et l'œsophage avec l'aiguille de Cooper. Insuccès de cette manœuvre.

Les différents temps de cette opération sont exécutés sans qu'il y ait eu écoulement de sang. Il a été facile de mettre une pince sur la plus grosse artère sectionnée : la laryngée supérieure.

En un seul coup, section du conduit laryngo-trachéal entre le premier anneau de la trachée et le cartilage cricoïde. Immédiatement la trachée est tirée en avant et on introduit dans sa cavité une canule conique. Celle-ci est fixée à la trachée à l'aide du fil qui avait été passé auparavant à travers les parois de la trachée, de façon à faciliter le mouvement de traction imprimé au conduit trachéal, dès que le larynx fut séparé. On administre le chloroforme, en mettant la compresse au-devant de l'orifice externe de la canule.

La dissection du larynx est faite rapidement. Le décollement en est facile lorsqu'il ne tient plus qu'à la paroi muqueuse du pharynx. L'opération est achevée par la résection de la grande corne de l'os hyoïde et par la section transversale de l'épiglotte.

La trachée est suturée à la partie inférieure de la plaie, (Terrier), de telle sorte que la peau entoure complètement ce conduit.

Cette nouvelle méthode est-elle supérieure à l'ancienne? Il est peut-être permis d'en douter. Non seulement, comme l'a fait observer M. Schwartz à cette séance de la Société, la trachéotomie préalable habitue le malade à la respiration par cette nouvelle voie, mais l'extirpation d'emblée peut avoir des conséquences graves au cours de l'opération; elle expose, en outre, la trachée à des traumatismes violents et réitérés (tiraillements, excoriations de la muqueuse, etc.). Aussi pour ces différents motifs devons-nous avec MM. L. Labbé, Le Dentu, Lucas-Championnière, etc., donner la préférence au procédé ancien qui consiste à pratiquer l'ouverture

des voies aériennes quelques jours avant d'extirper le larynx et ses annexes.

Quelle que soit la méthode employée, il faudra toujours laisser une canule à demeure, même les bords de la trachée étant suturés à la peau, parce que le gonflement post-opératoire le malade à une asphyxie rapide, comme le fait s'est produit chez un malade de M. Terrier.

Le larynx enlevé, vous placez une sonde œsophagienne introduite par l'une des narines, par la bouche ou par la plaie; vous bourrez celle-ci de gaze iodoformée et vous faites un pansement antiseptique. Vous pourriez encore essayer de suturer la paroi antérieure de l'œsophage à la partie inférieure de la membrane thyro-hyoïdienne, ou si l'os hyoïde avait été enlevé à la lèvre inférieure de la plaie faite à la base de la langue, comme le conseille le Dr Lande (1), de manière à avoir une réunion immédiate, par première intention. Ce dernier procédé offre le seul inconvénient d'empêcher la prothèse laryngienne essayée par quelques auteurs. Dans tous les cas, le traitement antiseptique rigoureux sera de règle jusqu'à guérison complète.

On a essayé, après cicatrisation de la plaie, de rendre la voix au malade au moyen d'appareils prothétiques variés, dont le larynx artificiel de Gussenbauer est un des types les plus connus.

Malheureusement, non seulement la pose de ces appareils est délicate et difficile, mais encore ils deviennent souvent une cause d'irritation locale, et les résultats qu'ils fournissent sont si peu encourageants que vous ne pourrez guère en conseiller l'emploi constant à vos malades. Ces derniers, quoique privés du larynx, arrivent encore à parler relativement assez bien, soit en laissant passer l'air à travers les tissus de cicatrice,

(1) Communication orale.

comme le faisait l'opéré de M. Péan, soit en l'emmagasinant dans leur cavité buccale. Ils arrivent ainsi à se faire un langage compréhensible, par un procédé analogue à celui de quelques trachéotomisés dont l'organe vocal est devenu imperméable.

Songez, du reste, qu'au moment de la cicatrisation, le bourgeonnement de la plaie est excessif, et c'est avec peine que vous pourrez maintenir la libre communication de la cavité buccale avec la partie supérieure de la canule. Si vos tentatives étaient couronnées de succès, vous dilateriez ensuite cette ouverture par les procédés habituels dont je vous ai déjà parlé à propos des rétrécissements syphilitiques. (Voir p. 260.)

Tels sont, Messieurs, les différents moyens dont vous disposerez pour combattre le cancer du larynx, qui constitue, vous le comprenez sans peine, l'affection la plus grave et la plus douloureuse que vous puissiez avoir à traiter.



QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

Plaies du larynx.

SOMMAIRE. — Définition. — Elles ont été décrites avec les plaies du cou. — Étiologie : plaies chirurgicales et accidentelles ; fréquence ; siège ; mécanisme de la blessure, d'après l'instrument employé pour la produire. — Symptômes : *A*. La plaie est large ; l'écoulement du sang est abondant ; la respiration présente des caractères particuliers, l'asphyxie immédiate est possible ; troubles de la voix et de la déglutition ; — *B*. La plaie est étroite : l'emphysème et l'épanchement du sang en constituent les principaux caractères. — Valeur de l'examen laryngoscopique. — Diagnostic ; il est habituellement facile. — Anatomie pathologique. — Complications. — Formation d'abcès. Fusées purulentes. — Marche. — Durée. — La terminaison est variable ainsi que le pronostic. — Traitement immédiat et ultérieur.

MESSIEURS,

DÉFINITION. — Nous désignerons sous ce nom les solutions de continuité de l'organe vocal, déterminées par des instruments piquants, tranchants ou contondants, ou celles faites de dehors en dedans ou, bien plus rarement, de dedans en dehors, par homicide, suicide, par un accident quelconque.

HISTORIQUE. — « Les plaies du larynx, de la trachée artère et de l'œsophage, n'ont jamais été décrites isolément ; elles rentrent, pour tous les auteurs, dans l'histoire des plaies du cou, dont

elles forment des chapitres. » Ainsi s'exprimait en 1869 M. Horteloup au début de sa thèse d'agrégation. Il faut, en effet, arriver à cette époque pour trouver un travail d'ensemble sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui.

Jusqu'alors, on ne rencontre que des faits isolés, comme ceux d'Habicot, de Dionis, de Garengeot, de Van Swieten, et quelques observations consignées dans la clinique de Larrey, dont M. Horteloup a fait ressortir tout l'intérêt dans son travail. Depuis 1869, la science s'est enrichie de nouveaux cas empruntés à la chirurgie de guerre et provenant des statistiques publiées soit par les médecins américains à l'occasion de la guerre de sécession, soit par les Allemands dans leurs rapports de la guerre franco-allemande.

Étiologie. — Ces lésions du larynx peuvent être faites intentionnellement ou bien être occasionnées par des accidents; de là, deux grandes divisions : 1° les plaies chirurgicales, et 2° accidentelles.

A. — *Plaies chirurgicales.* — Les raisons qui peuvent amener le chirurgien à ouvrir le larynx sont relativement assez rares, surtout depuis l'invention du laryngoscope qui autorise maintenant *per vias naturales* la plupart des manœuvres nécessitant autrefois l'ouverture de l'organe vocal. Cependant, on est encore obligé parfois d'y avoir recours; ainsi dans les cas de laryngotomie inter-cricoïdienne quand il s'agit de livrer une voie à l'air ou de faciliter l'expulsion d'un corps étranger. La laryngotomie peut être encore décidée pour l'extirpation de néoplasmes trop volumineux ou largement sessiles qui ne sauraient être enlevés à l'aide du miroir.

Je vous citerai aussi les traumatismes occasionnés par des tentatives d'exploration malheureuses ou maladroites; ces derniers sont en général d'assez peu d'importance, et ne méritent guère qu'on s'y arrête longuement.

B. — *Plaies accidentelles.* — On est généralement convenu de désigner sous le nom de plaies véritables celles qui résultent d'accidents et qui constituent notre seconde catégorie.

Elles reconnaissent un nombre considérable de causes ; c'est ainsi qu'on les observe dans les tentatives de suicide, d'homicide, chez les individus qui ont eu à soutenir une lutte à main armée, chez les soldats soumis à tous les hasards de la bataille ; il semblerait même qu'on a pu les voir survenir sous l'influence de certaines causes physiologiques.

Il est rare de constater chez les individus qui ont voulu se suicider, des plaies par instruments piquants. Ce genre d'accident, le moins fréquent, du reste, est occasionné par des armes effilées (baïonnettes, épées, stylets) ou par quelque instrument pointu (clou ou pièce de métal aiguisée).

Au contraire, les lésions par instruments tranchants sont de beaucoup les plus communes. Les sections du cou sont faites soit à l'aide de canifs, de couteaux et surtout de rasoirs, soit avec de grossiers morceaux de fer affilés à cet effet. Larrey signale le cas d'un musicien qui avec un couteau dont la lame n'avait que deux pouces de long, s'était fait au larynx une incision dont la longueur n'était pas inférieure à trois pouces. On voit encore certains fous, aiguiser des manches de cuillers dont ils se servent pour se trancher le cou.

Quant aux lésions qui résultent d'une tentative d'homicide, elles sont aussi pour la plupart produites par des instruments tranchants, faits soit au moyen de couteaux, soit par des coups de hache, de tranchet, de poignard, de sabre, ou par nombre d'outils dont vous pouvez aisément supposer la variété et dans l'énumération desquels il serait fastidieux d'entrer ici.

Les plaies par armes à feu seraient peut-être plus fréquentes si les blessés pouvaient être soumis, en temps de guerre, à un examen immédiat. Il est, en effet, probable, qu'étant donné la gravité des symptômes dont elles s'accompagnent souvent,

beaucoup de soldats doivent mourir, d'hémorragie, par exemple, sans que l'on ait pu songer à se rendre compte de l'état des lésions. M. Petit, dans sa thèse inaugurale (1889), a pu arriver à un total de 64 observations de traumatismes de ce genre occasionnés par des armes à feu.

On a cité encore d'autres causes capables d'atteindre l'organe vocal. Tantôt un enfant en s'amusant fait pénétrer une aiguille dans son larynx, tantôt cet organe a été blessé par un éclat de capsule ou traversé par une pique de fer (Legouest). Bien plus, au dire de Boerhave, Velpeau et Guéneau de Mussy, les efforts de toux et de vomissements pourraient s'accompagner de déchirures du larynx.

Fréquence. — Brierre de Boismont avait trouvé que sur 4,595 suicides, il y en avait eu 121 par section du cou; la statistique établissait en outre que les hommes qui avaient attenté à leur vie en se servant d'armes tranchantes étaient aux femmes dans le rapport de 8 à 1. Witte, en consultant les ouvrages de chirurgie militaire, n'a pu relever que 6 cas de plaies du larynx sur 10,000 blessures. Horteloup avoue dans son travail avoir pu rassembler plus de 100 observations de ce genre. Je viens de vous dire tout à l'heure que M. Petit avait dans sa thèse inaugurale relaté ou résumé 64 cas de blessures de cette région par armes à feu.

Siège. — Les points intéressés sont très variables ; Durham, sur 158 malades, a remarqué qu'il y avait eu 61 fois blessures du larynx, et que 45 fois la lésion avait porté sur la membrane thyro-hyoïdienne. Sur 58 faits analysés par Horteloup, le traumatisme portait 36 fois sur l'espace séparant l'os hyoïde du bord supérieur du premier anneau de la trachée. D'après Sabatier, c'était la membrane hyo-thyroïdienne qui devait être considérée comme le siège le plus fréquent des plaies transversales. Malgaigne était d'un avis contraire, et pour

soutenir son opinion, il se fondait sur ce fait « que chez les jeunes sujets, chez les hommes ou chez les femmes dont le cou est peu allongé et le larynx élevé, l'instrument ne saurait atteindre aussi haut ». Un relevé de 24 cas lui avait permis de remarquer que 6 fois seulement la lésion avait porté sur la membrane hyo-thyroïdienne. Le même auteur admettait en outre que les jeunes gens se frappaient plus fréquemment à la partie supérieure, tandis que chez les vieillards, au contraire, la section portait ordinairement au-dessous du cartilage cricoïde. Il donnait pour raison de ce fait que les gens âgés éprouvent beaucoup de difficulté à lever la tête.

Mécanisme. — M. Horteloup ayant cherché à déterminer le mécanisme suivant lequel pouvaient être produites les plaies du larynx, a constaté que, dans presque tous les cas, elles étaient faites de dehors en dedans. Les piqûres de cette nature seraient relativement rares, ce qu'il explique en disant que souvent, ces sortes de blessures doivent passer inaperçues, ou bien encore que celui qui cherche à se détruire transforme fréquemment en instrument tranchant la pointe dont il s'est servi pour faire la première plaie. C'est ainsi que dans une observation rapportée par Laugier, un aliéné s'enfonça tout d'abord dans le larynx l'extrémité acérée d'un canif, qu'il porta ensuite dans tous les sens, de façon à diviser en huit parties son cartilage thyroïde.

La direction des lésions est variable ; elles peuvent être, en effet, longitudinales, transversales ou bien obliques. A la première catégorie se rattachent les plaies chirurgicales qui sont ordinairement pratiquées sur la ligne médiane de l'organe ou dans son voisinage immédiat. Quant aux deux autres variétés, on les observe dans les cas de suicide ou d'homicide et elles peuvent être expliquées par le mouvement instinctif que fait le sujet en portant son couteau un peu loin pour obtenir une plaie d'une plus grande longueur.

Cette dernière est en général faite franchement et d'un seul coup d'avant en arrière, et comme les individus ont soin de se nantir d'une lame bien effilée, on a une incision large, à bords parfaitements nets. L'arme est le plus communément dirigée de gauche à droite; il n'y a guère d'exception que lorsque le coup a été porté par un gaucher. Chacune des extrémités de la plaie peut n'être pas sur un même plan suivant que l'instrument a plus porté de la pointe ou du talon. Il peut arriver également que les bords soient mâchonnés, ce qui signifie que le couteau a opéré la section en sciant, soit qu'il fût peu tranchant, soit qu'il ait été manié avec une sorte de rage et par une main mal assurée.

Lorsque la blessure du larynx a été faite par une arme à feu, on comprend qu'elle puisse s'accompagner de vastes délabrements. Ainsi dans l'*Army Medical Museum* se trouvent quatre pièces offrant les particularités suivantes : dans la première, le projectile resta enclavé dans la partie supérieure du cartilage thyroïde; dans la seconde, l'épiglotte fut blessée par une balle de pistolet qui traversa le cou sans léser aucun des vaisseaux et des nerfs importants de la région; dans la troisième, un boulet emporta la portion supérieure et antérieure du cartilage thyroïde et fracassa l'humérus; enfin, dans la quatrième, une balle fractura d'abord le maxillaire inférieur gauche, vint ensuite traverser la membrane hyo-thyroïdienne et enlever l'épiglotte.

Reynaud a rapporté un cas dans lequel l'intérêt est accru par le procédé qui fut mis en œuvre dans la tentative de suicide. Il s'agissait d'un faux-monnayeur qui après avoir saisi de la main gauche et attiré en avant le larynx, plongea en arrière et du côté droit de l'organe, la lame d'un bistouri dont le tranchant regardait en avant. La section porta sur la face antérieure du pharynx, la face postérieure du cricoïde, ses faces latérales, immédiatement au-dessous des

cornes inférieures du thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et toutes les parties molles situées à ce niveau.

Les plaies faites de dedans en dehors sont imputables soit à des causes physiologiques, soit à des traumatismes divers. Je vous ai déjà dit que certains auteurs considèrent la toux et les cris comme capables de déterminer des déchirures de la muqueuse dont le caractère principal serait constitué par de l'emphysème. Le fait est moins bien démontré pour l'action des traumatismes.

Symptomatologie. — Les symptômes varient suivant la dimension de la lésion et aussi suivant le point qui a été intéressé. Nous ferons donc une distinction en étudiant d'abord les symptômes offerts par les pertes de substance étendues et ceux qui s'observent dans les cas de lésions limitées.

A. — *Plaies larges.* — Lorsqu'il a été pratiqué au niveau du cou une incision de dimensions considérables, on se trouve en présence d'une plaie, dont les lèvres peuvent subir un écartement très grand. Ainsi, Quissac, cité par Horteloup, rapporte un cas où ce dernier atteignait 86 millimètres, de telle sorte qu'on aurait pu y placer la tête d'un fœtus. Deux conditions favorisent cet écartement; ce sont : les efforts respiratoires, et la position particulière de la tête; mais dans l'un et l'autre cas, la raison dominante tient à l'intégrité plus ou moins grande des muscles du cou. En effet, si les muscles situés à la partie antérieure de cette région ont été respectés par la section, il est clair que la tête n'aura guère de tendance à être entraînée en arrière, tandis qu'il en serait tout autrement dans le cas contraire.

Si vous voulez bien vous rappeler les vaisseaux nombreux et importants qui se trouvent au-devant du larynx et surtout ceux qui sont situés sur les côtés, vous comprendrez aisé-

ment que toute plaie un peu large doive occasionner un écoulement de sang en général très abondant.

C'est en effet, des blessés de ce genre, qu'on a l'habitude de dire qu'ils ont été trouvés « baignant dans leur sang, couchés dans une mare de sang ou inondés de ce liquide ». Les dangers qui résultent de la perte sanguine peuvent encore être augmentés par le fait d'une anomalie artérielle ainsi que déjà l'avait fait remarquer Laugier.

L'abondance de l'hémorragie est loin, comme on pourrait être tenté de le croire, de donner toujours lieu à une issue fatale; bien au contraire, elle détermine assez fréquemment une syncope ayant pour résultat une hémostase à laquelle beaucoup de blessés ont dû d'avoir la vie sauve. On a cité des cas, où la syncope avait duré jusqu'à sept, huit et même onze heures, ce qui avait laissé tout le temps pour porter secours aux victimes.

L'état de la respiration est essentiellement variable. S'agit-il d'une plaie de petite dimension, l'expiration pourra produire un certain éclaboussement, tandis que l'aspiration donnera lieu à ce bruit tout particulier de sifflement, très bien connu de ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer l'opération de la trachéotomie. Avec des plaies de moyenne dimension, on remarque un certain degré de rétractilité des lèvres dont la forme varie suivant que la blessure est longitudinale ou transversale.

Enfin, quand la section a porté sur toute la circonférence de l'organe, on peut remarquer que le bout supérieur, cédant à l'action musculaire, est attiré en haut où il demeure fixé, tandis que le bout inférieur, suivant les mouvements de la respiration, disparaît dans la profondeur de l'ouverture accidentelle au moment de l'inspiration.

L'asphyxie peut résulter soit de la rétraction de l'extrémité inférieure du larynx sectionné, soit des causes les plus variées.

Ainsi, un écoulement de sang abondant, avec pénétration dans les bronches, l'oblitération du larynx par des lambeaux flottants dans sa cavité, la chute des cartilages sectionnés ou bien du corps vulnérant lui-même, provoqueront parfois une suffocation instantanée.

La voix, qui parfois demeure complètement indemne, peut subir aussi de graves altérations, notamment s'il s'agit d'une section de la membrane thyro-hyoïdienne. Si les cordes ou les cartilages ont été directement intéressés, on constatera toutes les altérations vocales qu'il vous est aisé de deviner; de même, quand l'un ou l'autre des deux récurrents aura été atteint, vous verrez se produire les perturbations musculaires correspondant à ces mutilations.

Les troubles de la déglutition sont en concordance parfaite avec le siège et l'étendue de la lésion. Une plaie, faite à la hauteur du cartilage thyroïde, occasionnera une douleur vive pendant les mouvements du pharynx; si la membrane thyro-hyoïdienne a été sectionnée, les aliments pénétreront dans le larynx. Enfin, ces désordres seront portés à leur summum, quand la lésion intéressera à la fois l'organe vocal et le pharynx.

B. — *Plaies étroites.* — Tout ce que je viens de vous dire se rapporte aux traumatismes de grande dimension, à ceux notamment qui sont faits à l'aide d'instruments tranchants; quand il s'agit au contraire de plaies petites, tout autres seront les accidents observés. Vous constatez alors l'existence de deux symptômes assez caractéristiques dans ces cas, je veux parler de l'emphysème et des épanchements sanguins.

Déjà A. Paré avait noté qu'à la suite d'une plaie étroite du cou, on voyait survenir un emphysème considérable et cet auteur rapporte un cas où l'emphysème était généralisé à tout le corps, « comme un mouton qu'on a soufflé pour l'escorcher ». Il est vrai que si les phénomènes furent aussi accentués, c'est par la raison que les lèvres de la piqûre avaient été suturées.

L'emphysème, quand il est très prononcé, pourrait peut-être quelquefois déterminer l'asphyxie. Ce symptôme est le seul pathognomonique des plaies des voies aériennes faites de dedans en dehors.

Il est rare, lorsqu'il s'agit d'une blessure petite, d'avoir affaire à une hémorragie très prononcée. En général, quand un vaisseau de quelque importance a été lésé, il se fait, à l'intérieur des tissus, un épanchement sanguin d'un volume parfois assez considérable; et cette collection sanguine se résorbe sur place, ou bien elle s'enflamme et donne lieu à de la suppuration.

L'emphysème et l'infiltration du sang dans les tissus pouvant amener un certain degré de compression du larynx, il n'y a pas lieu de s'étonner que l'asphyxie soit d'une fréquence plus grande dans les petites plaies que dans celles offrant de larges dimensions.

Quant aux troubles de la voix, ils sont en général assez peu marqués et peuvent même passer inaperçus.

J'ai négligé jusqu'ici de vous parler de l'examen laryngoscopique et des résultats qu'il pourrait vous fournir. Dans le cas de pertes de substance larges, il indique l'état intérieur de l'organe vocal, si les cartilages ont été détachés, et dans quelle étendue la lésion a intéressé le larynx. Il est encore possible, à l'aide du miroir, de reconnaître parfois le siège exact de la lésion quand elle a été faite de dedans en dehors. Mais il ne faut pas oublier que cette inspection pourra être rendue impossible, et que, partant, vous n'aurez aucune indication à en retirer.

Diagnostic. — La question du diagnostic ne saurait longtemps vous arrêter. Il est trop évident, en effet, que la simple vue suffira à faire reconnaître les grandes mutilations de cette région

Quant aux petites plaies, il peut être plus difficile d'affirmer leur existence ; cependant le doute doit faire place à la certitude quand l'air vient sortir en sifflant à travers les tissus de la région antérieure du cou. Dans les cas douteux la présence de l'emphysème, les altérations de la voix, les menaces d'asphyxie, l'écoulement ou l'épanchement du sang, vous fourniront des indications utiles, qui aidées des anamnestiques vous aideront à établir une certitude.

Anatomie pathologique. — Toutes les plaies produites de dehors en dedans sont nécessairement accompagnées de lésions des parties mólles qui les recouvrent. Assez souvent, il y a correspondance à peu près directe entre les désordres constatés du côté du larynx, et ceux des parties voisines. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, car l'organe vocal peut n'être que légèrement intéressé, alors qu'au contraire, une large section a divisé les tissus du cou ; inversement, on peut avoir une petite perte de substance de cette région, avec une plaie large du larynx ; c'est ce qui a lieu à la suite de l'introduction simple à travers le cou, d'un canif, par exemple, dont la pointe vient ensuite taillader profondément le thyroïde en plusieurs sens. De même, l'orifice de pénétration d'une balle peut être très étroit, et les cartilages fracassés dans leur presque totalité.

Les bords de l'incision seront parfaitement nets ou au contraire contus et comme mâchonnés, suivant la forme et la nature de l'instrument vulnérant. Parmi les parties susceptibles d'être intéressées, il faut citer : les muscles du cou, les artères carotidiennes, les thyroïdiennes, les veines, qui seraient plus fréquemment sectionnées que les artères, et aussi selon toute probabilité, dans certains cas, les nerfs sympathique et pneumo-gastrique, ou leurs branches récurrentes.

Je vous ai déjà indiqué les parties de l'organe ordinairement mises en cause ; je n'y reviendrai pas. Quant aux lésions

proprement dites, elles sont très variables, s'il existe une simple perforation d'un cartilage; il peut arriver aussi, dans certains cas, qu'il se produise une désorganisation complète.

Les blessures par armes à feu offrent surtout ce dernier caractère, car elles font des fractures irrégulières du cartilage qu'elles brisent en éclats, et souvent même arrachent tout ou partie du larynx.

Complications. — Les plaies du larynx sont loin de présenter toujours une très grande simplicité : elles peuvent se compliquer soit d'accidents immédiats, soit d'accidents ultérieurs. Qu'il me suffise de vous citer parmi les premières la pénétration de l'air dans les veines du cou et la mort rapide qui en est la conséquence habituelle. Il n'est pas rare en outre qu'un coup de feu, en même temps qu'il atteint l'organe de la voix, gagne les parties voisines et frappe même soit la colonne vertébrale, soit le maxillaire ou le squelette de la cage thoracique. Il me suffit de vous signaler la possibilité de semblables désordres pour me dispenser d'y insister.

Les accidents ultérieurs sont surtout représentés par les abcès et les fusées purulentes. La formation des abcès s'observe principalement dans les cas de petites plaies. Le pus est alors ou résorbé sur place, ou fuse au loin en déterminant de très graves accidents.

Des complications plus tardives et d'un caractère parfois très grave, sont les fistules et les sténoses; quelquefois passagers, les trajets fistuleux deviennent permanents et nécessitent alors des opérations spéciales. Quant aux sténoses, leur intensité varie d'ordinaire avec le degré de désorganisation de la charpente cartilagineuse de l'organe.

Marche. — Durée. — Un des premiers symptômes consécutifs aux altérations qui font l'objet de cette étude est l'inflammation, surtout dans les plaies de grande dimension. Cette

phlagose survient ordinairement au bout de deux à trois jours, pour disparaître rapidement sans donner lieu à la suppuration. Mais comme, très fréquemment, les bords de la plaie sont irréguliers et déchiquetés, il n'est pas rare de voir survenir du sphacèle.

Un fait bien digne de remarque quand on parcourt les observations de plaies du larynx, est le peu de gravité qu'ont offert certaines d'entre elles qui ne laissaient cependant pas que d'être très vastes. La guérison est survenue rapidement, au bout de quinze jours, trois semaines, nous disent les auteurs; mais il est clair que dans les cas de complications, la marche peut être beaucoup plus longue avec un résultat moins heureux.

Terminaison. — Les blessures du larynx peuvent se terminer de trois façons principales : 1° par la mort; 2° par la guérison, et 3° par des désordres permanents.

La *mort* survient à différentes périodes : dans les premières heures qui suivent l'accident, par hémorragie foudroyante; plus tard par asphyxie, et enfin, dans la période inflammatoire, par fièvre traumatique avec septicémie où bien par le gonflement provoquant la suffocation.

La *guérison*, avons-nous déjà dit, peut être très rapide. Horteloup a trouvé que dans 19 cas de grandes plaies, elle était survenue en moyenne dans un espace de trente-deux jours; pour les petites, il a fallu cinquante-sept jours. La cicatrisation peut également se faire, pour ainsi dire sans phénomènes réactionnels.

Les *désordres permanents* sont la formation de fistules et le rétrécissement. Les fistules peuvent tenir : 1° à une destruction étendue du conduit; 2° à un trouble dans la circulation; 3° à la nécessité où l'on est de les établir pour maintenir la

respiration. Les rétrécissements peuvent se montrer à des niveaux différents, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de l'orifice glottique ; ils peuvent être dus à l'accolement des parois, à la soudure des replis ou des cordes vocales, à la luxation des cartilages, etc.

Pronostic. — De tout ce que je viens de vous dire, il semble résulter que le pronostic perd de sa gravité quand sont écartés les dangers immédiats pour la vie du blessé; il est moins favorable pour ce qui a trait aux troubles fonctionnels.

Horteloup a trouvé que sur 88 cas observés on avait eu 67 guérisons et 21 décès, soit 23,8 pour %. Sur 21 petites plaies, 10 guérisons et 11 morts, soit 52,3 %. D'après le même auteur, sur 6 plaies ayant atteint des individus au-dessus de cinquante ans, 4 auraient été suivies de mort, soit 66,66 %; et sur 30 relevées chez des personnes au-dessous de cinquante ans, il n'y a que 8 décès ou 26,66 %; ce qui tend à démontrer l'influence néfaste d'un âge avancé.

Traitement. — Le traitement des plaies du larynx comporte des soins immédiats et des soins consécutifs.

Soins immédiats. — La première indication à remplir est d'arrêter l'hémorragie quand on est appelé assez vite et quand elle menace par son abondance de mettre en danger immédiat la vie du malade. On devra donc aller à la recherche du vaisseau sectionné et en pratiquer la ligature si une simple torsion ne suffisait pas. Il faudra lier non seulement les artères, mais aussi les veines, qui dans la région du cou, possèdent un calibre spécial et sont soumises à des lois physiologiques particulières.

L'hémorragie arrêtée, on procède à un nettoyage antiseptique sérieux de la plaie pour bien s'assurer qu'il n'existe ni fragments cartilagineux, ni morceaux d'étoffe quelconques

pouvant entraver la cicatrisation et provoquer une suppuration intarissable.

Si le malade est menacé d'asphyxie, il en faut chercher les causes possibles, et s'il y a lieu, pratiquer la trachéotomie pour assurer à l'air un libre accès pour les poumons. Lorsque le sang coule dans le larynx, et que les vaisseaux ne peuvent être atteints directement par suite des dimensions trop étroites de la plaie ou pour toute autre cause, on devra trachéotomiser et mettre en place la canule à tampon.

Quant aux parties molles, il faudra réséquer les lambeaux et maintenir l'ouverture béante, car en agissant de la sorte vous pourrez du même coup éviter l'emphysème et surveiller les hémorragies secondaires susceptibles de survenir. La blessure sera recouverte d'un pansement antiseptique et le blessé maintenu assis dans son lit, la tête légèrement inclinée en avant pour permettre une réunion plus facile.

S'il s'agit de petites plaies avec emphysème, on combattra ce dernier par la scarification.

Le traitement des fistules et celui des sténoses sera celui que vous connaissez déjà.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

Fractures du larynx.

Sommaire. — Quelques mots d'historique; elles sont assez rares. — Étiologie : Elle est complexe; influence de l'âge, de l'ossification des cartilages. — Statistiques. — Pathogénie et mécanisme des fractures; il est nécessaire que le cartilage atteint soit immobilisé.
Symptomatologie. — Déformations extérieures; crépitation; emphysème. — Examen laryngoscopique : troubles fonctionnels; douleur; dyspnée, ses différentes variations; phonation; la déglutition est gênée; expectoration. — Diagnostic : il est habituellement facile. — Anatomie pathologique : elle varie avec le cartilage fracturé et l'importance de la lésion. — La marche est variable; le pronostic grave. — Traitement : Faut-il pratiquer la trachéotomie? replacer les fragments? — De la dilatatation du larynx.

Messieurs,

Historique. — Si vous voulez bien vous rappeler un instant la structure particulière de la charpente de l'organe vocal, entièrement composée de tissu cartilagineux, et si, d'autre part, vous vous représentez la situation du larynx au-devant du cou et ses moyens de fixation avec les parties environnantes, il vous sera aisé de comprendre combien rares doivent en être les fractures. Aussi ne serez-vous nullement étonnés d'apprendre que leur histoire appartient d'une façon à peu près exclusive à la chirurgie contemporaine.

Il faut, en effet, arriver aux auteurs du commencement de ce siècle pour trouver relatés dans la littérature médicale des faits du genre de ceux dont nous allons nous occuper dans cette leçon. Je dois cependant à la vérité d'avouer — et cela pour être complet — que Monteggia et Morgagni y avaient précédemment fait une simple allusion puisque ce dernier, dans sa vingt-neuvième lettre, signale d'une façon très succincte les fractures du larynx qui peuvent survenir à la suite de la pendaison.

Après ces auteurs on publia bien quelques observations de ce genre, mais elles ne constituaient que de simples faits épars dont on était redevable soit à des chirurgiens (Landoz, Marjolin), soit à des médecins légistes (Cazauvieilh, Devergie). Quant aux auteurs classiques, comme J.-L. Petit, Desault, Boyer, Dupuytren et Nélaton, ils ne faisaient dans leurs œuvres aucune mention des fractures du larynx, sur lesquelles on ne trouvait, du reste, pas plus de renseignements dans le Dictionnaire en trente volumes.

Malgaigne, dans son traité, consacra un chapitre spécial à ces sortes de lésions, mais encore n'y était-il parlé que des fractures par cause directe et par pendaison. C'était tout au plus un exposé de la question que venait de faire l'éminent chirurgien; il appartenait à ses successeurs de la résoudre.

La première monographie importante consacrée à cette étude est due à Cavasse qui, en 1859, fit de cette question l'objet de sa thèse inaugurale. L'auteur, dans ce travail, mentionne des expériences faites sur le cadavre et rapporte quelques observations inédites.

Gurlt (de Berlin) fit également sur le cadavre des expériences qui l'amenèrent à d'intéressantes conclusions sur le mécanisme des fractures et sur leur traitement. Il consigna le fruit de ses recherches dans la deuxième partie de son *Traité des fractures*, paru en 1864.

En réunissant tous les faits connus à cette époque,

Hénocque, en 1868, put arriver à un total de 52 observations dont il donna une analyse, assez courte du reste, dans une série d'articles parus dans la *Gazette hebdomadaire* de 1868. Il semble, dans cette étude, s'être tout particulièrement préoccupé des causes diverses des ruptures du larynx, de la gravité qu'elles pouvaient offrir et enfin du traitement qu'il était convenable de leur appliquer.

Je vous signalerai encore l'article de Bœckel du dictionnaire de Baillière; les observations de Frédet, Béchade, Langlet, Koch; la thèse de Mussa (1872), dans laquelle l'auteur se déclare partisan résolu de la trachéotomie préventive; un cas de Panas publié en 1878 dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, et enfin la thèse de M. Caterinopoulos à laquelle sont empruntés une grande partie des détails historiques que je viens de vous faire connaître; cette thèse, bien que parue en 1879, reste encore le travail le plus complet que nous possédions sur la question (1).

Actuellement, les affections du larynx sont beaucoup mieux connues qu'elles ne l'étaient jusqu'à ces dernières années, et partant, chaque fait est soumis à un contrôle plus sévère; cependant, la proportion des fractures de cet organe ne semble pas s'être accrue d'une façon notable, ce qui permet encore de les considérer comme assez rares.

Ainsi moi-même, dans une pratique datant déjà de plusieurs années et portant sur un ensemble de faits assez considérable, je n'ai pu en rencontrer que deux ou trois cas. C'est, du reste, l'opinion des auteurs récents, ayant exprimé leur avis à cet égard dans leurs livres classiques sur les maladies du larynx.

Étiologie. — Deux raisons principales s'opposent à la

(1) La thèse de M. Bessières (1885) n'est qu'un résumé fort succinct de celle de M. Caterinopoulos et ne contient absolument rien de nouveau.

fréquence des fractures du larynx. Les différentes pièces constitutives de la charpente de cet organe, sont en effet, comme je vous le rappelais tout à l'heure, formées de tissu cartilagineux dont l'élasticité très grande échappe à plusieurs des causes habituelles de ces lésions. En second lieu, le larynx jouit au milieu du cou d'une mobilité relativement très grande; ses connexions avec les parties environnantes ont lieu par l'intermédiaire de ligaments assez lâches pour lui permettre des déplacements d'une certaine étendue. Il est surtout intimement uni à la trachée; mais comme cette dernière forme avec lui une tige très flexible, la plupart des inconvénients qui pourraient résulter de ces rapports sont par cela même évités. Toutefois, des conditions toutes particulières peuvent favoriser la production de ces fractures; nous en reparlerons plus loin à l'étude du mécanisme et de la pathogénie.

Les relevés statistiques des auteurs sembleraient indiquer que ces dernières s'observent assez fréquemment dans l'enfance ou pendant la jeunesse, et que dans tous les cas elles sont loin de constituer l'apanage exclusif de l'âge mûr. Gurlt nous apprend, en effet, que sur 16 sujets dont il a noté l'âge, 7 avaient de six à trente ans et 9 de trente à soixante-sept ans. Hénocque a trouvé sur 52 cas 16 individus dont l'âge ne dépassait pas trente ans; une fois même le blessé n'avait que neuf ans. Chez 5 malades de Hunt, les blessés n'étaient âgés que d'un à quatre ans. Je vous prie, Messieurs, de vouloir bien accorder quelque attention à ces chiffres, car, dans un instant, nous en discuterons la valeur exacte.

Déjà Morgagni faisait remarquer à propos des fractures du larynx, obtenues par traction sur cet organe, au moyen d'une corde, que ni lui ni Valsalva n'avaient rencontré de semblables lésions chez de jeunes sujets, fait qu'il attribuait à la mollesse probable des cartilages. D'autre part, Marjolin a écrit que « le cartilage thyroïde offre chez les sujets avancés

en âge une texture analogue à celle du tissu osseux et qu'il peut être fracturé ». Il était assez naturel, en effet, qu'on se préoccupât des modifications du tissu cartilagineux et qu'on les fît entrer en ligne de compte dans l'étiogie qui nous occupe.

La charpente de l'organe de la voix peut être envahie par l'ossification, mais celle-ci se produit à des époques différentes de la vie suivant les individus et surtout suivant leur genre d'existence. C'est à M. Segond qu'il appartient d'avoir, en 1847, dans les *Archives générales de médecine*, fait ces justes remarques. Il n'entre pas dans le cadre de mon sujet de vous rappeler en détail les causes diverses (alcoolisme, syphilis, etc.) qui peuvent déterminer l'ossification des cartilages du larynx par sénilité prématurée ; il me suffit de vous signaler le fait pour que vous en déduisiez les conséquences qu'il convient d'en tirer.

Maintenant, s'il est vrai que des auteurs dignes de foi, comme Hewig, Cavasse et Gurlt, dont les expériences ne sauraient être contredites, aient rapporté de nombreux cas de fractures du larynx chez des adolescents et même chez des enfants ; si, d'autre part, il n'est pas moins exact que l'ossification du tissu cartilagineux étant une cause prédisposante on devrait surtout observer ces lésions chez les sujets âgés, il faut voir dans ces faits une contradiction plutôt apparente que réelle et dont l'explication vraie nous paraît être la suivante : Il en est du larynx comme de beaucoup d'autres parties du corps ; il est assez souvent fracturé dans le jeune âge et dans l'adolescence parce que c'est la période de la vie pendant laquelle les sujets s'exposent aux causes les plus diverses pouvant déterminer ces solutions de continuité, telles que : chutes, coups de toutes sortes, traumatismes, etc. Si vous joignez à cela que certaines diathèses, comme l'alcoolisme et la syphilis par exemple, frappent souvent les individus jeunes et parfois ont, en outre, une évolution

rapide, vous comprendrez qu'elles puissent déterminer une ossification prématurée des cartilages du larynx, qui, de ce fait, seront mis dans des conditions de résistance moindre. Telles sont, à mon sens, les raisons capables d'expliquer l'existence de ces ruptures fréquemment observées chez les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge mûr.

Relativement au sexe, Gurlt nous apprend que sur 20 cas, il a trouvé exactement dix hommes et dix femmes.

L'âge des malades, et peut-être aussi leur profession, doivent être considérés comme causes prédisposantes des fractures du larynx; mais à celles-là viennent s'en ajouter d'autres, les véritables, ou causes déterminantes.

Tout le monde s'accorde à reconnaître qu'une pression vigoureuse exercée de chaque côté du larynx, constitue l'un des meilleurs moyens capables de le fracturer. Dans ce cas, en effet, l'organe saisi en général entre le pouce et les autres doigts se rompt sous l'influence de l'effort. Cavasse avait fait remarquer que la division du cartilage thyroïde s'obtenait aisément par ce procédé, surtout quand les sujets étaient d'un certain âge et lorsqu'on exerçait la constriction au niveau de la partie supérieure du cartilage. Si le cricoïde est moins facile à rompre de cette manière, le fait est néanmoins possible.

Plus fréquemment encore, on observerait l'affection qui nous occupe à la suite de pressions directes sur la face antérieure du larynx, que celles-ci soient faites avec la main, qu'elles soient consécutives à un coup de pied ou à un traumatisme grave produit par un instrument contondant. Souvent les traumatismes sont occasionnés par le passage d'une roue de voiture sur le cou, par une chute en avant et dans laquelle le thyroïde vient directement porter sur un objet dur et saillant.

Il n'est pas démontré que la pendaison soit une cause com-

mune de la lésion; bien plus, il paraîtrait qu'on la rencontre assez rarement à la suite de ce dernier genre de suicide.

Je vous signalerai les faits communiqués en 1866-1867 à la Société d'anatomie par M. Langlet et où il s'agissait de fractures du larynx observées chez les aliénés. L'auteur les attribuait à la strangulation produite par le rebord d'une camisole de force et aux violences exercées par les infirmiers. L'action de ces agents est loin d'être parfaitement démontrée et c'est pourquoi je ne m'y appesantirai pas plus longuement.

Les fractures par coups de feu paraissent excessivement rares, puisque Witte sur 10,000 blessés, n'en aurait trouvé que 4 ou 5 cas.

Il est enfin permis de considérer comme très problématiques les ruptures cartilagineuses par contraction musculaire violente et rapide, l'existence de ces sortes de traumatismes n'étant pas encore suffisamment démontrée.

Maintenant, pour vous donner une idée de la fréquence relative des différentes causes que je viens de vous énumérer, je crois intéressant de faire passer sous vos yeux la statistique fournie par Hénocque. Dans 60 faits analysés par cet auteur, elles se répartiraient de la façon suivante : 15 fois la fracture du larynx fut consécutive à des violences par compression manuelle; 26 fois elle fut le résultat de chutes, d'accidents occasionnés par des machines et des véhicules roulants; 14 fois elle dut être attribuée à la pendaison et dans 5 cas, elle survint chez des fous, sans qu'il fût possible d'en déterminer exactement la cause.

Hénocque nous apprend en outre que 23 fois le cartilage thyroïde était seul atteint tandis que le cricoïde n'était seul intéressé que dans 7 cas; 7 fois aussi le thyroïde et le cricoïde étaient le siège d'une fracture simultanée. Dans tous les autres cas l'os hyoïde, le larynx et la trachée étaient également

compromis. De son côté Gurlt a relevé 18 fois la rupture isolée du thyroïde et 5 fois seulement celle du cricoïde.

Pathogénie et mécanisme. — Les solutions de continuité de la charpente du larynx s'effectuent suivant deux modes principaux : tantôt il y a écrasement du thyroïde par rapprochement exagéré de ses lames, comme cela s'observe à l'occasion d'une violente compression manuelle bilatérale ; tantôt au contraire il y a écartement forcé de ces mêmes lames, et du moment où l'élasticité du cartilage est dépassée, la section se produit. Vous voyez donc que la comparaison faite entre le mécanisme de cette lésion et celui des fractures des côtes est exact de tous points.

Les fractures par écrasement n'ont pas besoin d'explication, car il vous est fort aisé d'en comprendre le mode de production, mais il n'en est plus tout à fait ainsi quand elles sont dues à l'écartement des valves cartilagineuses. Si j'emploie cette expression, c'est que j'ai surtout en vue les ruptures du cartilage thyroïde, le plus souvent intéressé ; mais comme les choses se passent d'une façon absolument identique pour le reste de la charpente de l'organe vocal, vous pouvez facilement leur appliquer ce que je vous dirai à propos du thyroïde.

Lorsque la cause vulnérante frappe le larynx d'un côté et qu'aucun plan résistant ne vient fixer l'organe du côté opposé, la mobilité dont il jouit habituellement lui permet d'échapper au choc. Au contraire, la fracture se produit très facilement lorsque le larynx est atteint directement d'avant en arrière et se trouve par cela même appliqué contre la colonne vertébrale. C'est ce qu'on observe le plus communément quand le cou est en supination, la tête étant fortement fléchie en arrière ; ces conditions de fixité sont encore réalisées chez les individus qui, soudainement attaqués, tendent fortement les muscles du cou, et sont frappés dans cette position.

Le cartilage cricoïde doit à sa forme particulière d'être toujours atteint de la même façon. La division se fait ici par écrasement, ou par éclatement, qu'il s'agisse d'une compression digitale ou encore de l'action déterminée par un corps lourd et animé d'une certaine vitesse pendant que le cricoïde est fixé contre la colonne vertébrale.

Les autres cartilages du larynx, étant donné leur petit volume, ne sauraient être rompus que sous la seule influence de causes directes.

Symptomatologie. — Les fractures du larynx se traduisent par deux sortes de symptômes : 1° Des signes physiques; 2° des signes fonctionnels.

A. — *Signes physiques.* — Quand on se trouve en présence d'un accident récent et surtout s'il s'agit d'une chute ou d'un choc violent, il n'est pas rare de constater une déformation manifeste de la région cervicale. Cette déformation consiste dans un certain degré d'aplatissement de la partie antérieure du cou par affaissement du cartilage thyroïde qui, à l'état normal, et principalement chez l'homme, vient faire une saillie notable, constituant pour les parties molles une sorte de soutènement. Au contraire, lorsque la fracture a été produite par une violente compression bilatérale, la saillie anguleuse de la ligne médiane est exagérée.

Néanmoins, la déformation du cou est loin d'être un signe pathognomonique; en effet, outre qu'elle peut faire complètement défaut, il n'est pas rare, si elle existe, de la voir au bout d'un certain temps tout à fait masquée par le gonflement parfois considérable de la région.

Chez les personnes amaigries dont le cou est assez allongé pour que la charpente cartilagineuse du larynx ne soit, pour ainsi dire, pas noyée au milieu des parties molles, il est, en général, facile de délimiter nettement avec les doigts, les

différentes pièces qui le composent. On peut ainsi imprimer à l'organe certains mouvements, de l'étendue desquels on se rend exactement compte. Or, il arrive parfois, après la fracture, de constater, par des pressions latérales, que les lames du thyroïde se rapprochent facilement et plus qu'il ne conviendrait par leurs bords libres postérieurs. Il est alors possible de sentir directement avec les doigts, au niveau de l'angle saillant de ce cartilage, une solution de continuité qui, avec la mobilité anormale, peut, en dehors de tout autre signé, et quand l'absence de déformation et le manque de gonflement le permettent, constituer presque l'unique symptôme de la rupture du cartilage thyroïde.

Certains auteurs disent avoir constaté de la crépitation *osseuse* ou *cartilagineuse* suivant l'âge du malade et le degré possible d'ossification des cartilages laryngiens. Ce moyen ne manque pas d'avoir une certaine importance diagnostique; je ne saurais cependant pas trop vous engager à le rechercher, car vous ne devez pas oublier la région sur laquelle vous opérez, et par suite les dangers immédiats auxquels vous exposez votre malade si réellement il existe une fracture. Aussi, ayez soin de vous abstenir de toute manœuvre de ce genre si vous ne voulez pas avoir sous les yeux le triste spectacle d'une asphyxie dont, il est vrai, vous pourriez n'être que l'auteur involontaire.

Si néanmoins, vous jugiez à propos de rechercher la crépitation, vous devrez avoir soin de la distinguer de celle qui se produit à l'état normal quand on frotte contre la colonne vertébrale les grandes cornes du cartilage thyroïde.

Lorsque la muqueuse de l'organe vocal a été intéressée, il peut se produire un certain degré d'*emphysème*. Celui-ci représente moins un symptôme qu'une complication; il est tantôt localisé au cou, tantôt généralisé avec envahissement du visage ou de la partie supérieure du thorax.

Toujours ndique un traumatisme grave et accompagne un certain degré de déplacement des fragments.

J'omets ici à dessein les fractures consécutives aux blessures par armes à feu, elles s'accompagnent de délabrements que je ne saurais vous décrire au cours de cette leçon.

L'examen laryngoscopique pourrait assez souvent éclairer votre religion; mais il exige de la part de celui qui le pratique une grande habitude et beaucoup de circonspection; encore ces conditions ne mettent-elles pas toujours à l'abri des accidents qui peuvent survenir, comme dans les cas où on recherchela crépitation. Les auteurs sont absolument muets sur ce genre d'investigation, ce qui laisserait supposer qu'il n'a jamais été pratiqué en pareille occurrence. Je n'ai par devers moi aucune expérience à cet égard; tout ce que je puis croire, c'est que bien fait, dans les conditions où il serait possible, l'examen laryngoscopique permettrait de voir à l'intérieur du larynx une déformation caractéristique et confirmative de celle qui pourrait se remarquer à l'extérieur. Il ferait en outre reconnaître l'état d'intégrité ou d'altération de la muqueuse vocale, et par suite indiquerait la conduite à suivre suivant les cas.

B. — *Signes fonctionnels.* — Un des premiers caractères des fractures du larynx, c'est la *douleur spontanée* ressentie par les malades; parfois très vive au début, cette douleur ne tarde ordinairement pas à se modérer et même à disparaître assez vite. Vous comprendrez combien facilement elle peut se reproduire, si vous vous rappelez les mouvements nombreux auxquels le larynx est condamné de par la nature même de ses fonctions physiologiques. Elle reparaît de même dans les tentatives d'exploration et à l'occasion des moindres attouchements pratiqués au niveau de la région antérieure du cou. Les mouvements de la langue et les efforts de déglutition sont encore l'occasion de souffrances plus ou moins vives.

L'accident le plus grave est sans contredit la *dyspnée*. Celle-ci constitue le symptôme capital des fractures de l'organe vocal. Variable d'intensité suivant les cas, elle a pu manquer complètement dans certaines observations; mais ces faits doivent être rangés dans la catégorie des exceptions.

Lorsque le larynx est devenu le siège de graves altérations, et que les cartilages qui en forment la charpente ont subi une désorganisation complète, la dyspnée peut survenir immédiatement. C'est qu'en effet, la rigidité des parois, nécessaire à la perméabilité de l'organe, ayant été détruite, les fragments de cartilage viennent obstruer la lumière glottique, et par suite s'opposent au libre passage de l'air. Le danger d'asphyxie est occasionné, non seulement par l'accolement des parois pendant les efforts inspiratoires, mais encore par ce fait que souvent les cordes vocales, déchirées ou désinsérées à l'une ou l'autre de leurs extrémités, viennent encore former obstacle à la pénétration de l'air dans le canal aérien. La luxation de l'un des aryténoïdes ou même des deux, avec chute dans l'intérieur du larynx, vient aussi, dans certains cas, troubler la respiration.

Toutes ces lésions combinées exposent plus ou moins rapidement le malade à une dyspnée dont l'intensité subite peut déterminer la mort par suffocation. On observe alors tous les phénomènes caractéristiques de cet accident, tels que teinte cyanotique du visage, refroidissement de la peau, petitesse du pouls, etc, etc.

La marche des troubles respiratoires n'offre pas toujours les mêmes caractères : tantôt ils atteignent, dès le début, leur paroxysme, avec terminaison fatale; tantôt, au contraire, ils augmentent peu à peu d'intensité, pour en arriver progressivement à l'apnée plus ou moins complète. L'aggravation de la gêne respiratoire peut être occasionnée par le gonflement des points lésés, ou bien par l'œdème généralisé de la muqueuse du larynx.

Quelquefois, chez des malades en bonne voie de guérison, on a vu l'asphyxie se produire brusquement. En pareil cas, il s'agit presque toujours de fractures multiples avec fragments mobiles, dont l'un a été subitement déplacé. Pareil fait peut encore survenir par suite de la luxation du cartilage aryténoïde. C'est ainsi qu'il est possible d'expliquer les cas de mort occasionnés par un mouvement brusque, comme cela se serait produit trois fois, au moment où le malade remontait sur son lit, ou bien revenait de satisfaire un besoin.

Une des conditions principales, pour que la *phonation* ne soit pas altérée, c'est le maintien de l'intégrité de la charpente cartilagineuse de l'organe vocal. Il va de soi, en effet, que si les cordes ont perdu leur point d'appui, elles sont par cela même mises dans l'impossibilité absolue de remplir leurs fonctions. La voix peut être altérée à des degrés divers. Tantôt l'aphonie est complète, tantôt il s'agit d'une simple raucité. Ces troubles, qu'il n'est pas rare de voir persister après la guérison, représentent l'un des symptômes fondamentaux de la fracture du larynx.

La *déglutition*, par suite de l'attrition des parties, est souvent douloureuse. Aussi les efforts faits par le malade pour avaler, sont-ils aussi pénibles que ceux qui accompagnent l'action de parler. Les aliments solides ne sauraient être ingurgités; quant aux liquides, il faut quelquefois attendre plusieurs jours avant que leur pénétration à travers l'œsophage puisse s'opérer sans trop de difficultés.

Tout à fait au début de l'accident, et quand la muqueuse du larynx a été lésée, on peut observer des quintes de toux avec expectoration sanguinolente. Mais ces crachats sanglants, assez rares, du reste, ne tardent ordinairement pas à disparaître d'une façon complète. Si le foyer de la fracture communique avec l'air extérieur, par une plaie de la muqueuse, il

peut devenir le siège d'un foyer purulent et l'expectoration prendre une odeur fétide caractéristique.

Diagnostic. — L'existence des fractures du larynx est, dans certains cas, très facile à déterminer, par exemple chez les malades qui se présentent à l'observation du médecin avec un aplatissement manifeste de la région antérieure du cou. La conviction est tout à fait établie, lorsqu'on peut, à travers la peau, sentir la crépitation ou bien imprimer aux fragments un certain degré de mobilité. Je vous ai fait suffisamment entrevoir le danger de semblables manœuvres pour n'avoir pas à y revenir maintenant.

L'examen laryngoscopique pouvant offrir les mêmes inconvénients est soumis aux mêmes critiques et ne devra dans tous les cas être pratiqué que par des personnes très au courant de la manœuvre du miroir laryngien.

Les symptômes fonctionnels ont aussi leur importance au point de vue du diagnostic. Si les troubles de la voix sont en effet communs avec ceux observés dans nombre d'autres affections du larynx, il n'en est plus ainsi pour la dyspnée qui acquiert dans ces cas son maximum d'intensité. L'expectoration sanguinolente, l'emphysème, sont encore des signes d'une certitude presque absolue; si vous y joignez les commémoratifs, le doute chez certains malades ne saurait plus exister dans votre esprit.

Cependant, assez nombreux doivent être les cas où des lésions légères sont passées inaperçues soit des malades eux-mêmes, soit des médecins à l'examen desquels ils ont pu se soumettre. Chez les aliénés on a même dû méconnaître souvent des traumatismes d'une importance beaucoup plus grande.

Il ne suffit pas de déterminer l'existence d'une fracture du larynx, il importe encore de préciser le cartilage directement

mis en cause, car le pronostic pourra varier considérablement et la conduite à tenir différer d'une façon notable.

Déjà moins fréquentes, les cassures du cricoïde s'accompagnent de désordres beaucoup plus graves, notamment d'une dyspnée qui devra éveiller l'attention à leur sujet.

Les fractures des aryténoïdes, plus difficiles à diagnostiquer, peuvent cependant se reconnaître par l'examen laryngoscopique.

Les ruptures du cartilage thyroïde sont les plus communes; nous avons noté les signes importants qui permettront de les reconnaître.

Il faut, en outre, faire le diagnostic des lésions diverses qui ont pu intéresser les parties molles; elles sont variables et il vous est assez facile, dans la grande généralité des cas, de vous les représenter.

Relativement au diagnostic différentiel, je crois qu'il n'est guère d'affections capables de provoquer la confusion, à moins que ce ne soient les luxations des cartilages aryténoïdes à la suite d'un traumatisme, mais un examen sérieux vous permettrait d'éviter cette erreur, du reste, peu préjudiciable aux malades.

Anatomie pathologique. — La charpente cartilagineuse du larynx est constituée par quatre pièces; deux impaires : le cricoïde et le thyroïde; et deux paires : les aryténoïdes. Ces derniers, grâce à leur petit volume et aussi à leur mobilité, sont rarement atteints par la fracture. On paraît n'en avoir jusqu'ici signalé qu'un seul cas rapporté par Cavasse et où on aurait à l'autopsie trouvé « une fracture articulaire et une luxation du cartilage aryténoïde droit ».

Les ruptures du cricoïde ont offert cette particularité intéressante qu'on les a rencontrées aussi souvent à la partie postérieure ou sur les côtés de l'anneau, qu'à sa partie anté-

rieure. Cependant les dimensions bien différentes de ce cartilage auraient pu laisser supposer que sa partie postérieure restait le plus souvent indemne. Ces lésions ont toujours présenté la même direction verticale, ou légèrement oblique, et ont toujours intéressé le cartilage dans toute son épaisseur.

Les fractures du cartilage cricoïde peuvent être uniques ou multiples; dans le premier cas, elles se produisent surtout en arrière et près de la ligne médiane. Les cassures multiples sont assez fréquentes; dans un cas rapporté par Fredet, on en distinguait trois dont l'une médiane et postérieure avait des bords aussi nets que si la section eût été faite avec un instrument tranchant; les deux autres se trouvaient à droite et à gauche, en avant et sur les parties latérales du cartilage; elles étaient obliques de haut en bas et d'avant en arrière, avec dépression en avant de chaque côté, dépression produite par le chevauchement du fragment postérieur.

Les fractures du thyroïde, si elles intéressent toujours toute son épaisseur, ne s'étendent pas fatalement à toute sa hauteur. On peut se convaincre de cette vérité en regardant la figure de Gurlt reproduite dans le *Traité de pathologie* de Duplay. En effet, vous remarquez sur le thyroïde cinq ou six fissures dont les unes commencent au bord supérieur et n'atteignent point l'inférieur, et dont les autres se limitent à la portion moyenne, sans gagner aucun des deux bords. Il en était de même dans une observation rapportée par Landoz : « La fracture en forme d'un S avait une longueur de 0m015 et s'étendait quelques lignes au-dessous du bord supérieur de la partie droite du cartilage jusqu'à sa partie inférieure, et depuis l'angle saillant formé par ses parties droite et gauche jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs de la partie droite avec son tiers antérieur. »

Quant aux *fractures complètes*, c'est-à-dire celles qui inté-

ressent toute l'épaisseur du cartilage, elles sont les plus communes et peuvent porter sur des points très différents. Tantôt ce sont les cornes du thyroïde qui ont été détachées; tantôt, au contraire, la lame a été atteinte. La lésion peut être unique, c'est le cas le plus fréquent; mais il peut arriver aussi que le cartilage ait été écrasé complètement, et on se trouve alors en présence de fractures comminutives.

Déjà en 1859 Cavasse faisait remarquer que la division unique du cartilage affectait un type assez régulier, et il croyait pouvoir expliquer cette régularité par l'existence du cartilage médian de Rambaud qui, placé entre les deux lames, conserverait assez longtemps une indépendance relative et ne se confondrait avec elles qu'au moment de l'ossification. Aussi observerait-on surtout des ruptures latérales tant qu'il n'y aurait pas ossification, tandis que plus tard, on aurait surtout affaire à des cassures médianes. Cette théorie de Cavasse et Rambaud paraît avoir reçu sa confirmation des faits expérimentaux.

Cette régularité dans la fracture souffre pourtant des exceptions, car il existe d'assez nombreux faits cliniques où l'on a vu le trait ne pas suivre les règles qui lui paraissaient imposées par la théorie. Quant aux lésions multiples, elles échappent absolument à toute description particulière.

Les altérations qui peuvent intéresser les parties molles sont très variables. Si le périchondre est quelquefois conservé, fréquemment il est lésé tout au moins sur une de ses faces. Langlet avait même tiré d'ingénieuses déductions sur le mécanisme du traumatisme d'après l'état du périchondre. Quand la membrane de revêtement était intacte sur sa face externe, cela signifiait d'après cet auteur que la fracture avait été produite par propulsion directe ; quand, au contraire, c'était le périchondre interne qui avait été épargné, son intégrité témoignait que la solution de continuité était le résultat du rapprochement exagéré des lames. Suivant que le périchondre a été

plus ou moins respecté, l'écartement des fragments cartilagineux sera plus ou moins considérable; nul ou à peu près dans quelques cas, il pourra quelquefois permettre l'introduction du doigt jusque dans le larynx, à travers les morceaux.

La muqueuse laryngienne et aussi les muscles peuvent être contusionnés, ecchymosés et même déchiquetés sur une assez grande étendue, ce qui favorise éminemment l'emphysème consécutif.

Si la cause vulnérante a agi avec un certain degré de violence, ou bien encore lorsque son action s'est produite sur une surface relativement grande, il est possible de constater l'altération des cartilages voisins. Ainsi, l'os hyoïde et la trachée ont été quelquefois mis en cause.

Il faut citer comme cas exceptionnels, ceux où la fracture s'est accompagnée d'accidents tels que : plaie de l'œsophage, rupture de la veine jugulaire, fracture du maxillaire inférieur, de la clavicule, etc.

Marche et Pronostic. — Si le traumatisme doit guérir, la guérison s'opère suivant deux procédés différents. Ou bien le squelette du larynx est encore cartilagineux, ou bien il a déjà subi un certain degré d'ossification. Dans le premier cas, les fragments peuvent être réunis soit par du tissu osseux, soit par du tissu cartilagineux. Je n'entreprendrai pas ici de vous indiquer le processus suivant lequel s'opère cette réunion; qu'il vous suffise de savoir qu'on a voulu faire jouer au périchondre un rôle analogue à celui qui serait dévolu au périoste dans les cas de fracture des os.

Si le cartilage est ossifié, la consolidation se produit pour cette variété d'os plat de la même façon que pour les os longs.

Il est évident qu'un foyer de suppuration développé au niveau du siège de la fracture ou dans son voisinage aura pour effet de retarder ou d'entraver même complètement le travail de consolidation. Si l'évacuation du pus, provoquée

ou spontanée, se fait rapidement, il pourra n'y avoir dans la réunion qu'un léger temps d'arrêt; mais, au contraire, si la collection purulente persiste longtemps elle pourra produire des désordres graves, tels que carie et nécrose des cartilages avec fistules consécutives.

Tout ce que je vous ai appris jusqu'ici des fractures du larynx, vous a instruits suffisamment pour vous laisser deviner que le pronostic devait en être très grave. C'est en effet là un des points les mieux établis de leur histoire. La mortalité est considérable, puisque sur 52 cas, Hénocque avait trouvé 43 morts et seulement 9 guérisons. Fischer ayant rassemblé 71 faits, a compté 56 morts et 15 guérisons. Gurlt, sur 37 observations, donne 5 guérisons par le traitement palliatif, 5 par la trachéotomie et 27 morts après avoir été trachéotomisés. M. Bessières, qui a rassemblé 48 cas, a trouvé que la terminaison fatale était survenue 32 fois. Tous les auteurs ont été frappés de la gravité particulière offerte par les lésions du cricoïde ; l'explication en est fournie par les dangers d'asphyxie qui résultent de l'effondrement de toute la charpente qui soutient le larynx.

Si la guérison s'opère, le pronostic est loin d'être toujours bénin. Il peut arriver que par suite d'une cicatrisation vicieuse, les pièces cartilagineuses soient maintenues en mauvaise situation, d'où résultera une sténose consécutive du larynx pouvant nécessiter le maintien permanent d'une canule. Mais ces rétrécissements pourront être dans certains cas avantageusement combattus par une dilatation progressive intelligemment effectuée.

Traitement. — Quelle conduite doit tenir un médecin en présence d'une fracture du larynx? L'avis des auteurs est partagé à cet égard; la plupart, cependant, préconisent une intervention immédiate. Nous croyons, pour notre compte,

qu'il faut faire une distinction importante suivant les circonstances. Le plus grand danger auquel un malade soit exposé après un traumatisme du larynx, c'est l'asphyxie; or pour éviter cette dernière, il n'est qu'un moyen véritablement efficace : la trachéotomie. Faut-il pratiquer immédiatement l'opération, ou bien doit-on attendre qu'il y ait péril en la demeure?

Les partisans de la temporisation se fondent, pour soutenir leur opinion, sur ce que certaines fractures présentent un caractère absolument bénin, et ne se révèlent que par un examen minutieux. Tels, par exemple, les malades chez lesquels il n'existe aucune déformation notable du cou, dont la voix n'est pas altérée, et qui ne présentent aucune trace de dyspnée et pas la moindre difficulté dans la déglutition. On pourra arriver à reconnaître la lésion par l'existence d'une crête légère au niveau de la partie saillante du cartilage thyroïde dont les lames se rapprocheront, en outre, plus aisément en arrière. Ici, pas d'altérations profondes et partant à peine quelque danger de suffocation. On comprendra qu'en pareille circonstance, la temporisation soit non seulement autorisée mais encore considérée comme une mesure de prudence.

Il ne faudrait cependant pas se fier aux apparences et qualifier trop à la hâte de légères, certaines fractures du larynx. En effet, le moindre aplatissement, la moindre déformation, doivent tenir l'attention en éveil, surtout quand à ces signes viennent se joindre des troubles vocaux, de la difficulté à la déglutition et des crachements de sang. Si le sujet peut être tenu constamment en observation, l'attente pourra être permise, mais à condition d'être prêt à agir si les circonstances l'exigent.

On n'a plus le droit d'hésiter, quand apparaissent dès le début, la plupart des signes auxquels nous faisions tout à l'heure allusion, et surtout si la moindre menace d'asphyxie semble mettre en danger la vie du malade. La suffocation

implique nécessairement la trachéotomie qui doit être pratiquée d'urgence, le moindre retard pouvant occasionner la mort. Du reste, cette opération ne complique nullement la lésion, car les cas de mort survenue après l'ouverture des voies aériennes sont extrêmement rares.

La trachéotomie peut encore avoir ses indications longtemps après la fracture, lorsqu'une consolidation vicieuse s'est effectuée et qu'il existe une sténose laryngée assez prononcée pour provoquer à son tour de l'asphyxie. Vous parez au danger le plus pressant; mais votre rôle ne se termine pas toujours là. Il faut encore chercher à rendre à l'organe vocal sa forme primitive et vous efforcer de remettre en place les fragments cartilagineux. Cavasse recommandait dans sa thèse de chercher à atteindre ce but par des manœuvres externes; mais elles constituent un danger trop évident pour que je puisse vous en conseiller l'emploi. Chelius songeait à inciser les tissus sur la ligne médiane, à fendre le larynx lui-même dans toute sa longueur et à remettre ensuite en place les parties fracturés. Que penser de la suture des cartilages ? M. Panas a parlé de remplacer la crico-trachéotomie, par la thyrotomie faite préventivement, et cela en vue de maintenir écartées l'une de l'autre les deux moitiés du canal laryngé jusqu'à consolidation de la division du thyroïde dans une bonne position. On a cru que c'était le meilleur moyen d'éviter la sténose. Il y a une part de vérité dans cette opinion; cependant pour si redoutables qu'ils soient, les rétrécissements sont néanmoins susceptibles d'amélioration. Depuis quelques années, en effet, on a beaucoup pratiqué, et avec plein succès, la dilatation du larynx. Il suffit pour obtenir des résultats, d'user de beaucoup de prudence et de patience.

La dilatation aurait pour avantages d'altérer la voix beaucoup moins que la thyrotomie, les cordes vocales pouvant, après cette opération, perdre d'une façon définitive leurs rapports normaux.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

Corps étrangers du larynx et des voies aériennes.

SOMMAIRE. — Définition. — Fréquence ; on en a observé de toutes sortes. — Division : corps liquides et solides. — Symptômes : l'asphyxie peut être rapide et foudroyante ; accès de suffocation du début ; douleurs ; la toux est habituellement sonore et rauque ; caractères de la voix et de l'expectoration. — Examen du larynx ; il peut être négatif. — Danger du toucher digital. — Marche : la durée peut être indéfinie ; Complications. — Le pronostic est absolument variable. — Le diagnostic est parfois difficile ; les commémoratifs peuvent faire défaut. — Traitement : danger des vomitifs ; méthode du renversement. — Extraction par les voies naturelles. — Emploi du laryngoscope. — Faut-il anesthésier le larynx ? — Trachéotomie. — Thyrotomie. Soins consécutifs.

MESSIEURS,

Les corps étrangers du larynx se définissent assez bien d'eux-mêmes pour qu'il me paraisse tout à fait inutile d'essayer de vous en donner une définition.

FRÉQUENCE. — Ils ne sont certainement pas très rares, puisque c'est par centaines que l'on compte les observations éparses dans la littérature médicale. Bourdillat en avait réuni plus de trois cents cas, et depuis l'époque où fut établie sa statistique, bon nombre de faits nouveaux ont été publiés, au

point que toute la série des objets, dont l'introduction dans les voies aériennes est possible, a été à peu près épuisée. C'est ainsi qu'il vous suffira de consulter l'excellent travail de M. Poulet sur les corps étrangers en chirurgie (1879), pour vous convaincre de la variété excessive des corps introduits dans les conduits de la respiration. On y trouve non seulement des cailloux, des pierres, des balles, des clous, des anneaux de verre, des tubes à trachéotomie, toutes les graines possibles, des dents, des os, des arêtes, des épis, des épingles, des aiguilles, des morceaux de viande, etc., etc.; mais encore des lombrics, des mouches, des poissons, des sangsues, etc.

Division. — Aussi, la division qui nous paraît la plus naturelle est celle qui consiste à reconnaître deux grandes classes, savoir : 1° les corps étrangers liquides; 2° les corps étrangers solides.

Cette division admet elle-même un très grand nombre de subdivisions. Car, dans la première catégorie, peuvent rentrer les liquides ordinaires, eau, vin, etc., s'introduisant dans les conduits de l'air au moment de la déglutition de travers; le sang provenant des bronches, des poumons ou d'une plaie trachéale. M. Poulet cite même une observation où le sang ayant pénétré en quantité considérable dans les voies aériennes, on put, en agrandissant l'incision, éviter la suffocation. Je considère néanmoins, d'après les détails de l'observation, que la canule n'était pas en place par suite de l'insuffisance de la première incision, et une fois celle-ci agrandie, la respiration devint possible, parce que la canule fut réellement placée alors dans la trachée. Les poussières, les bouillies, le charbon mâché (Poulet) peuvent encore pénétrer dans les voies aériennes, sans toutefois entraîner de conséquences graves, car ils seraient facilement expulsés.

Les corps étrangers solides pénètrent de deux façons :

1° par la voie buccale; 2° par la voie externe. Dans ce dernier cas, il s'agit soit de traumatismes, soit de projectiles de guerre.

L'introduction par la bouche est parfois la conséquence d'une maladie plus ou moins grave. C'est ainsi qu'on l'observe dans les cas de troubles de la sensibilité, des affections centrales, chez les vieillards, les aliénés, ou après la scarlatine et la diphtérie; lorsqu'on se trouve en présence de paralysies centrales ou de lésions des nerfs laryngés supérieurs (qui président à la sensibilité de la muqueuse laryngée), dans les inflammation de voisinage lorsque l'épiglotte a été détruite en partie ou en totalité. M. Poulet admet, en effet, que les altérations de l'épiglotte sont fréquemment la cause de la pénétration des corps étrangers dans les voies aériennes. Le fait est certainement possible. Mais je ne saurais accorder à cette cause toute l'importance que lui reconnaît cet auteur. Je vous ai déjà dit (p. 215) que, maintes fois, on rencontre des lésions de cet opercule chez des individus qui n'en sont nullement incommodés.

Les corps étrangers peuvent encore s'introduire dans les voies aériennes après l'abolition de la sensibilité par chloroformisation. Aussi est-il d'usage d'examiner la bouche avant d'administrer cet anesthésique. Ces accidents seraient en effet assez communs, et l'on cite souvent dans les livres, le cas rapporté par Schrœtter dans lequel un râtelier muni de quatre dents, dont le malade était porteur, lui tomba dans le larynx.

Le plus habituellement, l'introduction a lieu inopinément pendant que l'objet est tenu inconsciemment dans la bouche. C'est ainsi que, pendant un accès de rire, à la suite d'une frayeur, une aspiration brusque et profonde aide le corps du délit à pénétrer dans le conduit de l'air.

Le même fait se produit encore pendant le sommeil, lorsque les enfants ou les grandes personnes s'endorment avec un objet quelconque dans la bouche.

A l'étranger, en Autriche notamment, on se sert beaucoup,

par mesure économique, de canules en caoutchouc durci ou gutta-percha; or, il arrive maintes fois qu'elles se brisent et les morceaux s'introduisent alors dans la trachée ou l'une des bronches. Cet accident ne s'observe jamais en France où l'on fait usage de canules en argent ou en métal solide.

Certains corps acérés peuvent s'arrêter à l'entrée du larynx pendant l'acte de la déglutition, et les exemples d'aiguilles ou épingles implantées de la sorte ne sont certes pas très rares aujourd'hui.

Les corps étrangers peuvent aussi venir de l'œsophage, soit par ulcération, soit par suppuration d'un ganglion bronchique. Un objet situé dans les arrière-fosses nasales peut également tomber dans le larynx, repoussé maladroitement par la main du chirurgien, ou par aspiration.

Dans les pays chauds, les sangsues s'introduisent dans le larynx quand le malade boit avidement. Massei, Ramon de la Sota, Ficano et quelques autres ont rapporté des exemples de ce genre.

On signale encore (Solis-Cohen) des malades ayant avalé leur épiglotte. C'est de cette façon que Rühle explique plusieurs cas de mort subite survenus à table. Fletcher-Ingalls a même rapporté (1881) le cas d'un malade ayant avalé sa langue. Ces derniers faits sont cependant assez rares et ne doivent être cités qu'à titre de curiosité. D'après les relevés statistiques faits par M. Bourdillat, sur 300 cas il aurait trouvé :

Haricots	71	fois.
Noyaux	36	—
Os	20	—

Le reste était constitué par des aiguilles, pièces de monnaie, etc., etc.

Symptômes. — Les symptômes de corps étrangers des voies

aériennes sont variables suivant le volume, la forme et la position qu'ils occupent. Si les dimensions en sont assez considérables pour obstruer le larynx complètement et d'emblée, la mort peut immédiatement survenir par asphyxie. Tel un cas présenté à la Société anatomique de Bordeaux par M. Auché et où un quartier d'orange avait provoqué une mort subite. Ces faits sont relativement assez fréquents chez les vieillards et les aliénés, car souvent on voit chez eux des bouillies et des bols alimentaires d'un certain volume pénétrer dans le conduit de l'air. Au point de vue de la forme, il est certain qu'un corps oblong, lisse, uni, pénétrera avec beaucoup plus de facilité. Il pourra alors s'enclaver dans le ventricule de Morgagni, ou rester au contraire entre les deux cordes vocales. S'il descend plus bas jusqu'à la bifurcation de la trachée, il y aura des probabilités pour que la pénétration se fasse plutôt dans la bronche droite que dans la gauche, à cause de la situation anatomique du conduit aérien.

Le corps étranger introduit dans l'arbre respiratoire, un des premiers symptômes trahissant sa présence, est la toux convulsive, spasmodique, très caractéristique. Cette dernière se calme au bout d'un certain temps d'après la position de l'objet et aussi suivant son volume.

Les accès de suffocation peuvent se reproduire à des intervalles plus ou moins éloignés suivant que le corps étranger demeurera plus ou moins longtemps dans la même place. Parfois il arrive que, la pénétration ayant eu lieu jusqu'à la bifurcation des bronches, le corps est vivement rejeté vers la partie supérieure de l'arbre aérien, à la suite d'une violente quinte de toux. S'il survient alors une rémission, c'est qu'il aura pu s'implanter quelque part ou se loger, par exemple, dans les ventricules; mais une chute nouvelle produira un second accès de suffocation et ainsi de suite. Souvent aussi de petits corps n'ayant tout d'abord, à cause de leur faible volume, donné lieu à aucun accident, pourront déterminer de

graves accès de dyspnée par suite de l'inflammation qu'ils auront occasionnée.

La douleur est variable et parfois localisée au niveau du cricoïde sur ses parties latérales, ou sur la trachée, le thorax.

La voix peut n'être pas altérée, comme aussi elle est enrouée, bitonale ou aphone, le corps étranger étant dans ce dernier cas situé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales. Elle prend aussi le timbre rauque ou croupal, suivant la position de l'objet introduit.

Les caractères de la toux sont variables : elle sera convulsive, suffocante, rauque, croupale. Ce dernier signe est même absolument caractéristique et très net, comme il m'a été donné maintes fois de le constater chez des enfants.

L'expectoration peut être muqueuse au début comme après les accès d'asthme ; d'autres fois, elle est muco-purulente ou striée de sang ; ou bien sanglante (dans les cas de sangsues, de parasites ou insectes vivants).

Dans quelques cas, la percussion décèle la présence du corps du délit ; mais le plus souvent, elle ne fournit aucune indication.

L'auscultation a pu donner des éléments de diagnostic : c'est ainsi qu'on a constaté des bruits de choc et de drapeau, ce dernier caractéristique de la présence d'un corps mobile. Elle a encore révélé des bruits de sifflet, de la bronchite unilatérale et enfin de la pneumonie caséeuse.

Au point de vue des symptômes physiques et objectifs, le laryngoscope ne pourra pas toujours suffisamment éclairer la situation. Et d'abord, on en devra faire usage avec précaution. Si le corps est encore dans le larynx, il sera alors possible d'en déterminer la nature, la forme, le volume, etc. ; s'il est situé plus bas, l'examen sera plus difficile et presque négatif. On pourra même en s'aidant des commémoratifs et

des symptômes que nous avons indiqués plus haut, en arriver à conclure que l'objet introduit est tombé dans les bronches.

On a conseillé, pour pratiquer l'examen de l'organe vocal, de faire des badigeonnages ou des pulvérisations de cocaïne sur la muqueuse des premières voies. M. Rougier (de Lyon) dit avoir pu, de la sorte, examiner le larynx d'un enfant qui avait dégluti et aspiré une plume, alors que l'examen immédiat n'avait pu être pratiqué auparavant. Mais rappelez-vous qu'il faut être prudent dans l'emploi de ces manœuvres.

Je ne vous parlerai du toucher digital que pour le proscrire comme inutile et trop souvent dangereux, car il n'a jamais servi à reconnaître un corps étranger introduit dans les parties supérieures des voies aériennes, mais bien souvent il fait pénétrer plus avant dans le larynx un objet situé à l'entrée de cet organe. C'est un mode d'exploration dangereux, qu'il faudra rejeter.

Marche. — Le plus souvent, les corps étrangers sont expulsés spontanément; au moment de la pénétration, les cordes vocales se contractent et portent obstacle à une entrée plus profonde; quelquefois, le corps est placé dans un point de l'organe où il éprouve des mouvements d'oscillation variables; d'autres fois enfin, il subit une certaine migration sur le compte de laquelle une discussion assez vive s'est élevée entre MM. Gigon, Aronssohn et Poulet. Ce sont là, il faut bien l'avouer, des faits difficiles à constater. Les épis de graminées, les aiguilles et, en général, les corps aigus, ont même pu traverser les tissus du thorax et venir se faire jour en arrière ou sur les côtés de la poitrine.

Durée. — La persistance des corps étrangers dans les voies aériennes, quand la mort ne suit pas immédiatement leur introduction, est excessivement variable. La vie peut, en effet,

durer fort longtemps, si on se trouve en présence d'un corps susceptible de se dissoudre facilement, ou bien s'il se fait de la suppuration, susceptible de l'expulser et de débarrasser le malade après un laps de temps plus ou moins long. D'autres fois, il séjourne pendant des années.

C'est ainsi que Desault rencontra un jour, à l'autopsie d'un individu, soigné pendant deux ans pour de la phtisie laryngée, un noyau de cerise logé dans l'un des ventricules de Morgagni.

Un homme de trente-neuf ans conserva, pendant plusieurs années, dans le larynx et enveloppé de tissu cicatriciel, un morceau d'os de 2 centimètres de long et de 39 millimètres de large, que lui enleva Sidlo.

Dans un cas observé par Gottstein, une coquille de noix séjourna dix mois dans l'espace sous-glottique, enveloppée de granulations polypeuses, sans déterminer aucune espèce d'accident; c'est ainsi que Mondière cite le cas d'un aliéné ayant depuis six ans, dans une bronche, un morceau d'os qui ne causait aucune gène; Heyfelder (cité par Poulet) rapporte des cas dans lesquels la tolérance a duré onze ans pour un sifflet de bois, dix ans pour une pièce de dix sols et pour un fruit de bètre. Les haricots et en général les corps se gonflant sous l'influence de l'humidité sont, de tous, ceux qui sont le moins bien supportés.

Il faut avouer cependant qu'en général les corps étrangers de cette région entraînent des irritations locales qui finissent tôt ou tard par occasionner la mort, soit par suffocation, soit par suite d'accidents pulmonaires aigus ou chroniques, ou d'abcès de voisinage.

Complications. — Les plus fréquentes sont : l'emphysème, dû à ce que l'air ne peut s'échapper des voies aériennes ou, au contraire, à ce que la toux convulsive le refoule violemment dans les alvéoles pulmonaires. Les abcès déterminent

une inflammation de voisinage, de l'asphyxie, de la suffocation, ou encore vont faire irruption dans le médiastin. Les ulcérations de la trachée et des grosses bronches s'observent aussi parfois. La tuberculose, en tant que complication, a été discutée. Mais si ce n'est pas de la tuberculose, c'est au moins une pneumonie caséeuse qui emporte le malade.

Pronostic. — Il varie absolument, vous le comprendrez facilement, suivant les points où s'est arrêté le corps du délit, sa nature, son volume trop grand ou trop petit, l'âge des personnes, et suivant les diverses considérations que nous venons de développer au cours de cette leçon.

Diagnostic. — La première question à laquelle on doive répondre, c'est de savoir s'il existe réellement un corps étranger? Nombre de malades, en effet, vous arrivent avec l'intime persuasion qu'ils ont encore dans leurs voies aériennes un objet quelconque, bien que souvent il n'y ait jamais pénétré ou ne s'y trouve plus. En second lieu, quelle est sa nature et sa position? Si le corps est arrêté dans l'organe de la voix, le laryngoscope vous indiquera sa présence, sa forme, son volume, sa position, etc., etc. N'oubliez pas cependant que les résultats de l'examen laryngoscopique n'ont de valeur qu'autant qu'ils sont absolument positifs; le miroir ne donne pas toujours des renseignements très précis, ce qui peut tenir à ce que le corps étranger est situé au-dessous des cordes vocales, ou bien à diverses circonstances, comme un larynx trop étroit, l'indocilité du malade, les altérations inflammatoires, etc.

Les commémoratifs fourniront aussi, dans quelques cas, d'utiles renseignements dont il vous faudra savoir tenir compte. Ils apprennent que le début a été brusque, subit; l'enfant jouait avec un objet dans la bouche au moment où il a été

pris d'une suffocation violente avec menace d'asphyxie ; ces accès se sont généralement répétés plusieurs fois dans la nuit et dans la journée, variant d'intensité suivant que le corps introduit était plus ou moins volumineux et mobile. Dans l'intervalle des accès, existe un calme relatif qui, souvent, trompe les parents et parfois le médecin. Rappelez-vous encore que la toux est rauque mais sonore, quinteuse, convulsive, avec suffocation et anxiété respiratoire; elle est suivie de l'expulsion de mucosités filantes, aérées, sanguinolentes dana plusieurs cas. Je ne signalerai le croup que pour être complet; cette affection a'accompagnerait de fièvre; et dans tous les cas, le laryngoscope lèverait les doutes.

Sachez enfin qu'il est des corps étrangers des voies aériennes ne manifestant leur présence par aucun des signes classiques, et dont l'existence ne pourrait, par conséquent, être reconnue pendant la vie. Je vous ai cité tout à l'heure le cas rapporté par M. Desault; je pourrais y ajouter une observation toute récente publiée par M. Massei. Ici encore aucun souvenir n'était resté au malade de l'introduction d'un corps quelconque dans son larynx. Ce sont là des faits rares, mais utiles à connaître.

Traitement. — Il est d'un trop fréquent usage, lorsqu'on se trouve en présence d'une personne ayant dans le larynx un corps étranger, de lui prescrire tout d'abord un vomitif, ou bien encore de lui titiller le fond de la gorge avec une barbe de plume. Ce sont de très mauvaises manœuvres qui n'aboutissent le plus habituellement qu'à déplacer l'objet et à lui faire prendre dans l'organe vocal une situation mauvaise qui souvent amène l'asphyxie. La plupart des cas de mort ont été occasionnés par l'administration de vomitifs qui n'ont servi qu'à faire descendre plus profondément encore dans les voies respiratoires le corps du délit.

Si on n'a pas donné de vomitif au malade, on pourra essayer

a méthode du renversement qui consiste à coucher le sujet sur une table ou sur un plan incliné, la tête en bas, tout en lui imprimant des secousses qui facilitent souvent l'expulsion du corps étranger. Tel est le cas de Brunel qui, ayant avalé une pièce en or de vingt-cinq francs, réussit à l'expulser de son larynx par l'application de cette méthode. Tels sont encore les cas rapportés par Lenoir, et ceux de Duncan et Halcfort, cités par M. Poulet.

Ce procédé est surtout applicable aux corps durs, pesants et, pour ces motifs, se déplaçant facilement et obéissant aux lois de la pesanteur. La chloroformisation du sujet pourrait quelquefois être utilisée pour éviter tout réflexe laryngien et, par conséquent, le spasme glottique qui s'oppose souvent à la sortie des corps étrangers situés au-dessous de l'organe vocal.

Si ces moyens ont échoué, fait le plus habituel, il faudra recourir à l'extraction, et ici les moyens d'action seront absolument variables, suivant la nature de l'objet introduit et la profondeur à laquelle il sera situé. Si le corps est placé à l'orifice du larynx, dans la région vestibulaire, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, à la condition d'avoir affaire à un sujet calme, tranquille, se prêtant bien aux manœuvres laryngoscopiques. A moins qu'il ne s'agisse de jeunes enfants, ce procédé donnera toujours des résultats favorables dans la série des cas auxquels je fais allusion et l'on peut aujourd'hui compter par centaines les corps étrangers enlevés par la bouche, grâce à la laryngoscopie.

Quant aux manœuvres faites *à l'aveugle* avec les pinces, seules ou guidées sur l'indicateur de la main gauche, et, à plus forte raison, les essais d'extraction faits avec les doigts, on doit les repousser, non seulement comme inutiles, mais surtout comme dangereux. C'est, je vous l'ai déjà dit, un moyen sûr de provoquer des réflexes qui ont le grave incon-

vénient de gêner l'intervention et de faire passer dans le conduit aérien un objet placé à l'entrée du larynx. Les exemples de ce genre sont malheureusement trop nombreux dans la science pour qu'il soit utile d'insister sur le danger de ces manœuvres. L'on cite comme heureux les quelques cas où l'on a pu réussir, mais on oublie trop souvent de publier les insuccès, qui plus que les opérations heureuses, frappent l'esprit et contiennent un enseignement. Je ne crains pas d'ajouter que les corps étrangers enlevés avec les doigts ou les pinces dirigés au hasard auraient été bien plus aisément extraits avec la pince guidée par le miroir laryngoscopique, et que l'opération ainsi pratiquée eût été un véritable jeu, pour une main exercée. Les diverses pinces laryngiennes de Fauvel, Morell-Mackenzie, Schrœtter, Stœrck, etc., trouveront ici, tour à tour, leurs différentes indications.

Faut-il, dans ces cas, employer l'anesthésie locale ou vaut-il mieux renoncer aux facilités que nous donne ce mode d'action ? Je dois avouer que, dans certains cas, je ne suis pas partisan de l'anesthésie laryngienne à cause de l'abolition des réflexes qui en résulte. Il peut surgir, de ce fait, des accidents parfois plus graves que l'enclavement du corps étranger dans l'organe vocal.

Supposons, en effet, qu'un larynx dans lequel ou à l'entrée duquel est arrêté un objet quelconque, soit devenu insensible par le fait de badigeonnages au chlorhydrate de cocaïne, ne pourra-t-il arriver que l'opérateur au moment de le saisir, pour un motif ou pour un autre, ne puisse le prendre convenablement et se borne à le déplacer ? Alors, les réflexes étant abolis, le corps du délit ne sera-t-il pas susceptible de tomber plus facilement dans la trachée et, par conséquent, d'occasionner des accidents fort graves quelquefois ?

Les contractions réflexes des muscles du larynx qui arrêtent en général le corps étranger dans cet organe, ou souvent

même le repoussent au dehors, me paraissent un facteur important pour faciliter leur expulsion.

Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, vous ne devrez pas vous priver des bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne; mais il faudra vous borner à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui me paraissent jouer ici un rôle très important.

Si le corps étranger a pénétré plus avant dans l'organe vocal et s'il est enclavé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales, le mode d'extraction pourra varier presque avec chaque objet. Si ce dernier est aplati, lisse, difficile à prendre et si vous n'êtes pas absolument sûr de votre main, si vous craignez de faire des manœuvres inutiles avant de saisir le corps du délit, il ne faudra pas hésiter à pratiquer d'abord la trachéotomie, avant de chercher à l'extraire. Vous éviterez ainsi toute fausse manœuvre dont la conséquence pourrait être l'asphyxie brusque du malade. Une fois la trachée ouverte et la canule de Trendelenburg placée dans ce conduit, vous pourrez alors sans crainte, et après anesthésie complète de la muqueuse laryngée avec la cocaïne, tenter l'extirpation par la bouche qui sera, disons-le, possible le plus souvent. Toutefois si, malgré des tentatives réitérées, le corps étranger ne pouvait être déplacé (pièces de monnaie, aiguilles, corps acérés) et enlevé par cette voie, vous seriez alors autorisé soit à ouvrir le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, ou à tenter l'extraction par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne ou thyro-hyoïdienne. Quant à faire directement cette opération sans trachéotomie préalable, le fait est peut-être plus discutable, puisque l'on risque, au moment de

l'ouverture des voies aériennes, soit de déloger le corps avant d'avoir pu le saisir et de voir le malade succomber pendant l'opération, soit d'avoir dans la trachée du sang qui gêne considérablement l'opérateur et compromet parfois le succès de l'intervention.

La trachéotomie, étant en somme dans ces cas une opération relativement bénigne, a le double avantage de permettre soit l'extraction ultérieure par les voies naturelles, soit de rendre toute simple la thyrotomie, si cette dernière devient nécessaire. C'est l'opinion que nous trouvons encore récemment exprimée dans la thèse de M. Joubert (Paris, 1888, p. 45) sur la Thyrotomie dans les cas de corps étrangers des voies aériennes.

Enfin, dans les cas où le corps est au-dessous du larynx, l'indication est beaucoup plus nette, et bien que l'on ait pu enlever par les voies naturelles des corps étrangers de la trachée, je crois devoir considérer ces faits comme exceptionnels et repousser en principe ce mode d'action comme beaucoup trop hasardeux. Seul, le traitement qui s'impose est l'ouverture de l'arbre aérien, au-dessous du cricoïde, autrement dit la trachéotomie. Comme le point capital, dans cet ordre de faits, est d'avoir un champ opératoire aussi large et aussi net que possible, le meilleur moyen de procéder est d'aller lentement, en faisant à la peau, et par conséquent, aux tissus prétrachéaux, une longue incision qui mettra à nu la trachée sur une longueur d'au moins deux centimètres et demi à trois centimètres, suivant les dimensions du corps étranger. Si vous n'avez pas suivi le raphé médian et si par conséquent, vous avez été obligé de sectionner quelques vaisseaux un peu importants, il ne faudra pas hésiter à les lier, de manière que l'hémostase soit complète avant de faire l'ouverture des voies aériennes, car le sang venant de ces dernières est toujours suffisant pour gêner l'opérateur et rendre l'intervention diffi-

cile. Aussitôt la trachée ouverte, au lieu de placer dans l'ouverture le dilatateur ordinaire dont les branches sont épaisses et font saillie dans la lumière du conduit, il est préférable, à la manière des Anglais et des Américains, de mettre de chaque côté deux crochets mousses, deux sortes d'épingles à cheveux coudées à leur extrémité arrondie; ces dilatateurs seront attachés derrière le cou du patient, tenant écartées les lèvres de la plaie trachéale. Il est rare que pendant cette manœuvre le corps étranger ne soit pas projeté au dehors par la toux quinteuse qui suit l'ouverture des voies aériennes et, dans tous les cas, on le voit en général venir se présenter à l'orifice de la plaie, où il faut le saisir rapidement avant qu'un mouvement d'inspiration ne le ramène au dedans. Quelquefois c'est avec une pince ou un crochet mousse qu'il faut essayer de le déloger de l'une ou l'autre bronche.

L'opération terminée, je crois plus prudent de placer une canule pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, afin d'éviter l'emphysème qui, dans quelques cas, a suivi l'opération.

Je n'insisterai pas davantage sur les suites de la trachéotomie qui n'offrent ici rien de spécial, mais j'ajouterai que cette opération peut et doit même, dans la généralité des cas, être faite sous le chloroforme, en ayant soin de n'ouvrir la trachée qu'au moment où la sensibilité commence à reparaître, afin d'avoir les réflexes trachéaux avec toute leur intensité habituelle.

Si le corps étranger n'est pas expulsé ou extrait pendant l'opération, vous laisserez ouverte la plaie trachéale qui pourra, dans un laps de temps variable, favoriser sa sortie. Au besoin, enlevant de temps à autre la canule, vous provoqueriez quelques quintes de toux et vous utiliseriez les lois de la pesanteur pour tâcher de mobiliser et de déloger le corps du délit.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'en présence d'un corps étranger des voies aériennes, vous interviendriez le plus vite possible, car non seulement il constitue un danger de tous les instants pour la vie du malade, mais au début il n'a pas encore produit de complications graves, qui rendent plus tard l'intervention inutile. Il est en outre au début plus sûrement mobile et par conséquent plus facile à extraire.

QUARANTE-CINQUIÈME ET QUARANTE-SIXIÈME LEÇONS

Complications laryngées des fièvres éruptives.

Messieurs,

Il est d'habitude constante de ne tenir qu'un faible compte, dans le cours des fièvres éruptives, des symptômes laryngés, tout préoccupé que l'on est de l'état général des sujets, qui domine la scène. Ce n'est que dans les cas où la sténose respiratoire est assez prononcée pour nécessiter une intervention, que l'attention est appelée du côté de l'organe vocal, et encore se borne-t-on en général à présumer des altérations qu'il peut présenter sans essayer d'élucider la question par un examen direct de la région. Cette négligence est, à mon point de vue, coupable, surtout quand on songe aux lésions graves, et parfois incurables, que peuvent déterminer les fièvres éruptives du côté du larynx.

Aussi étudierons-nous successivement, dans les leçons qui vont suivre, les affections de la muqueuse vocale dans la *rougeole*, la *scarlatine*, la *variole*, la *fièvre typhoïde*, l'*érysipèle* et la *grippe* ou *influenza*, en suivant l'ordre indiqué dans cette énumération.

1° — Rougeole.

SOMMAIRE. — Forme du début; l'état catarrhal de la muqueuse domine la scène. — Forme ulcéreuse : elle est tardive; il existe des pertes de substance de la muqueuse vocale, de l'œdème, de la gangrène même. — Les troubles fonctionnels dépendent des lésions observées. — La production de fausses membranes est possible. — Statistique de quelques cas. — Résultats fournis par l'examen du larynx. — Rougeur, papules, taches ecchymotiques, érosions, ulcérations. — Le diagnostic est facile; la marche et le pronostic varient avec la forme de la lésion. — Le traitement sera celui de la complication.

Les déterminations laryngées de la rougeole, à peine signalées dans les traités classiques consacrés à l'étude de cette affection, ont surtout été étudiées en France par M. Coyne, en 1874, dans son travail inaugural, et en 1886, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, par M. Barbier.

Les manifestations rubéoliques s'observent aux différentes périodes de la maladie constituant les deux types créés par M. Barbier, de laryngite précoce ou primitive, et de laryngite éruptive et tardive.

Dans la période prodromique (ou primitive), la muqueuse du larynx participe au processus catarrhal comme celle des yeux, des fosses nasales, ou encore de la trachée et des bronches. Ce symptôme, étant donné sa parfaite régularité, peut même être considéré comme normal. A ce moment, la voix est altérée, abaissée de timbre, et il est en même temps possible de constater du faux croup, de la laryngite striduleuse et du spasme glottique qui dans un cas (Bouchut) aurait déterminé la mort.

Quand survient l'éruption, il peut y avoir une diminution et

même une disparition complète du catarrhe laryngien. Cependant, comme le larynx est fréquemment atteint (puisque M. Gerhardt a pu constater l'éruption sur cet organe avec le laryngoscope), on se trouve en présence de tous les symptômes d'une laryngite catarrhale ordinaire. Il existe de la congestion de la muqueuse avec troubles consécutifs de la voix. Le malade est enroué, sa voix est diphtone, éraillée, rauque ou complètement éteinte. Le spasme de la glotte n'est pas fréquent, mais on doit toujours compter sur sa possibilité. Cet état persiste quelquefois jusqu'à la fin de la période d'éruption.

Forme ulcéreuse ou tardive. — Si, au lieu de la forme catarrhale que nous venons d'envisager, vous avez affaire à une lésion plus grave et plus profonde, c'est-à-dire à une manifestation plus tardive de la rougeole, vous assisterez alors à l'éclosion d'accidents beaucoup plus graves.

Du côté de la muqueuse vocale, vous verrez se produire, soit des ulcérations des cordes vocales inférieures sur leurs bords libres, soit de petits abcès des bandes ventriculaires ou des éminences aryténoïdes, avec gonflement et œdème de voisinage. D'autres fois, très rarement, il est vrai, c'est une véritable poussée œdémateuse aiguë des replis ary-épiglottiques que vous observerez. Cette lésion, considérée comme à peu près exceptionnelle dans ces cas, doit cependant exister plus souvent qu'on ne l'a supposé jusqu'à ce jour, et le défaut d'examen direct de l'organe explique seul la rareté excessive de ces symptômes, dont on ne retrouve plus les traces sur la table d'autopsie.

Lorsqu'il s'est produit des abcès, ceux-ci peuvent être sous-muqueux ou périchondriques avec nécrose des cartilages; enfin il pourra se faire que l'intensité du processus augmentant, la muqueuse soit atteinte de gangrène, tellement la laryngite est devenue intense et profonde.

Troubles fonctionnels. — Si les cordes vocales inférieures sont ulcérées, les troubles vocaux seront l'enrouement, la dysphonie, ou l'aphonie, suivant l'importance de la lésion.

La pression au niveau du larynx est parfois douloureuse; la déglutition peut également être gênée si l'ulcération occupe le bord libre de l'épiglotte ou la partie postérieure de l'organe vocal.

Les désordres respiratoires sont assez variables : nuls chez quelques malades, ils deviennent parfois très prononcés. En effet, lorsque les aryténoïdes, ou les articulations crico-aryténoïdiennes, ont été atteints, et dans ce dernier cas surtout, il est possible de voir se produire des accès de suffocation avec issue fatale par fixation des cordes sur la ligne médiane, et par conséquent, sténose respiratoire.

Dans les cas de gangrène, vous pourrez quelquefois entendre le bruit qualifié du nom de bruit de drapeau, dû à ce que certaines parties de la muqueuse, détachées, flottent dans le larynx, sous l'influence des mouvements d'inspiration et d'expiration.

Existe-t-il de l'œdème glottique, il se traduit ici comme dans tous les cas analogues, par la gêne constante de la respiration et des accès de suffocation, néanmoins assez rares.

Tels sont les symptômes les plus ordinaires que vous observerez du côté de l'organe vocal dans le cours de la rougeole.

Malheureusement, dans quelques cas, tout ne se borne pas là, car on peut, à n'importe quelle période, le plus fréquemment après la disparition de l'exanthème, voir survenir une terrible complication : le croup, la laryngite membraneuse, qui viennent se greffer sur un état primitivement catarrhal.

Rauchfuss, dont les observations sont assez nombreuses pour mériter une sérieuse attention, a fait les remarques suivantes :

sur 1,176 cas de rougeole, il a trouvé 11 fois la diphtérie de la gorge; 9 fois la diphtérie de la gorge et du larynx; 13 fois la laryngite fibrineuse (croup inflammatoire) et la laryngo-trachéo-bronchite, et enfin 12 fois la forme la plus grave de la laryngite catarrhale aiguë. A l'occasion d'une épidémie de diphtérie, les malades qui avaient la rougeole furent bien plus souvent atteints de croup du larynx que de diphtérie de la gorge. Sanné rapporte encore que, sur 93 cas de diphtérie secondaire à la rougeole, il a trouvé le larynx pris 87 fois, ce qui constitue une proportion de 93,5 %. 30 fois il était seul en cause, 29 fois il y avait en même temps de la diphtérie de la gorge, et 4 fois de la diphtérie de la gorge et du nez, 9 fois de la bronchite fibrineuse, 3 fois des lésions de la gorge et des bronches; 34 fois coexistaient d'autres affections diphtéritiques (nez, bouche, conjonctives, organes génitaux). Aussi pouvons-nous dire avec M. Gottstein, dans le livre duquel nous avons puisé ces détails, que la rougeole provoque visiblement une prédisposition à la localisation dans le larynx du processus diphtéritique.

Löri va plus loin, car il admet l'existence d'une prédisposition héréditaire pour le développement du croup du arynx au cours de la rougeole. Et cette supposition, il la fonde sur ce fait, qu'il a maintes fois remarqué que des enfants d'une même famille ayant la rougeole à des intervalles éloignés, se trouvaient chaque fois et aussitôt atteints de cette complication. C'est ainsi que dans la même famille, à plusieurs années de distance, quatre enfants auraient successivement succombé à une diphtérie consécutive à cette fièvre éruptive.

Examen laryngoscopique. — Le catarrhe du larynx qui se manifeste au cours de la rougeole, offre à l'examen laryngoscopique beaucoup d'analogie avec la laryngite catarrhale aiguë. La membrane muqueuse est uniformément rouge, mais

pourtant la rougeur est plus intense et la sécrétion n'existe pas dans tous les cas, surtout au début, où elle peut même faire complètement défaut. Quant aux cordes vocales, elles sont le siège d'une coloration rougeâtre diffuse ou sous forme d'un pointillé ayant la plus grande ressemblance avec celui du voile du palais.

M. Gottstein nous apprend que, parfois aussitôt, le plus souvent quelques heures après l'apparition d'une hyperémie diffuse, on peut observer des papules d'une certaine grosseur qui sont dans quelques cas épaisses et assez confluentes pour former sur la muqueuse des lignes élevées d'un rouge sombre, serpigineuses, et recouvertes de papules encore plus grosses ressemblant à de petites nodosités. Peu après l'apparition de l'exanthème, dit Löri, commence une forte exsudation sur toute la surface de la membrane du pharynx, du larynx et de la trachée. L'épithélium qui la recouvre tombe rapidement et la muqueuse prend alors un aspect velouté, agréable, régulièrement rouge ou anémique et sombre, tacheté; par suite les points plus pâles semblent comme creusés et la dégradation d'ombre normale de la muqueuse de la gorge et du larynx comme effacée.

Je dois vous signaler encore la possibilité de la présence de petites ecchymoses ou bien d'érosions et d'ulcérations qui peuvent être attribuées aux quintes de toux violentes ou encore à la desquamation épithéliale. On a dit que les ulcérations siégeaient surtout à la partie postérieure du larynx au niveau des cordes, ou bien l'extrémité des cartilages de Santorini. D'après Gottstein, elles auraient pour caractère d'être plates, à bords dentelés; la muqueuse qui les entoure peut s'œdématier et leur faire une sorte de bourrelet déterminant de la sténose. Ces ulcérations ont, selon toute vraisemblance, pour point de départ des altérations folliculaires.

Diagnostic. — Les troubles laryngés de la rougeole sont faciles à diagnostiquer, surtout dans le cours de l'affection. Peut-être, au début, pourrait-on croire à un faux croup; mais il suffira de se rappeler que celui-ci survient la nuit, tandis que dans laryngite rubéolique les accès sont continus, le jour comme la nuit.

L'hyperémie de la conjonctive et le catarrhe nasal seront encore de précieux indices en faveur de la rougeole. Je ne crois pas qu'il soit possible d'établir une confusion avec la diphtérie, maladie fébrile, généralisée, avec localisation au larynx.

Il n'en est plus de même du croup laryngien qui complique la rougeole; je vous ai fait connaître sa fréquence relative; vous devrez donc y songer et chercher par un examen attentif à vous rendre compte de sa présence.

M. Barbier pense que les complications laryngées de la rougeole se distinguent du croup par certains caractères, la toux étant dans ces cas assez forte et la voix à peu près conservée; il n'y aurait pas, en outre, de diphtérie du gosier. Enfin, la toux stridente ne serait pas voilée comme dans le croup, et la charpente de l'organe vocal serait douloureuse.

Marche. — Les modifications du côté du larynx qui surviennent au début de l'éruption peuvent, vous ai-je dit, disparaître quand celle-ci se généralise. Parfois aussi, les poussées congestives déterminent des lésions chroniques très longues à guérir; et il n'est pas rare de voir les accidents laryngés s'aggraver une fois la fièvre exanthématique terminée.

Pronostic. — En général bénin, le pronostic revêt quelquefois une gravité exceptionnelle, au point que la mort survient par suffocation. Il faut encore signaler parmi les causes capables d'assombrir le pronostic : les lésions articulaires, les abcès périlaryngiens, la gangrène de la muqueuse et la sténose

du larynx. Quant au pronostic du croup rubéolique, il n'est pas moins grave que celui du croup essentiel.

Traitement. — Le traitement est très simple. Au début, vous vous bornerez à agir contre la rougeole, vous gardant bien de prescrire des révulsifs intenses; vous placerez au-devant du cou des éponges et des linges imbibés d'eau chaude. Si la laryngite évolue dans le cours de la rougeole, vous prescrirez des inhalations chaudes; si les phénomènes paraissent s'accentuer avec menace de suffocation, vous serez prêts, en toute éventualité, à pratiquer la trachéotomie. Vous n'ignorez certes pas avec quelle ardeur les Américains ont récemment préconisé le tubage du larynx au bénéfice duquel ils seraient presque tentés de détrôner la trachéotomie; si vous êtes à même de pratiquer cette opération relativement facile, elle me semble tout à fait indiquée dans ce cas particulier, étant donné que cette complication, purement transitoire, pourrait disparaître sans nécessiter l'ouverture du conduit aérien.

Lorsque la rougeole sera compliquée de croup, il va sans dire que vous agirez en conséquence.

2° — Scarlatine.

Sommaire. — Ces manifestations sont rares; la diphtérie est à peu près la seule. — Statistiques. — Le pronostic est sérieux. — Le traitement est celui de la complication.

Les manifestations de la scarlatine du côté de l'organe vocal sont plus rares que celles de la rougeole, et jusqu'à ce jour le fameux adage de Trousseau : « *La scarlatine n'aime pas le larynx* », n'a pas encore été démenti.

La seule complication habituelle, dans ce cas, c'est la diphtérie secondaire.

Ici encore, nous aurons recours à la statistique de Rauchfuss pour vous apprendre que sur 903 cas de scarlatine, cet auteur a relevé 17 fois la diphtérie de la gorge exclusivement, 2 fois la diphtérie de la gorge et du larynx; 3 fois la laryngo-trachéite fibrineuse, 4 fois la laryngite sous-muqueuse aiguë et 4 fois la forme la plus grave de la laryngite trachéale aiguë. Certaines épidémies de scarlatine ont été remarquables, à cause de ce caractère particulier que le larynx était atteint par le croup; ainsi Gaupp signale une épidémie apparue dans le Wurtemberg où les symptômes diphtéritiques se manifestèrent le troisième et le quatrième jour; parfois même la mort précédait l'explosion de l'exanthème.

Lorsque le croup vient compliquer la scarlatine, il est de toute évidence qu'il prend le pas sur la maladie première et assombrit considérablement le pronostic. En effet, il donne lieu à de nombreuses ulcérations ayant un caractère spécial de malignité. Deux fois Albers a vu des pertes de substance étendues envahir la trachée; les cartilages thyroïdes ont été trouvés détruits par Franke. Dans un cas rapporté par Smith les cordes vocales et les ventricules de Morgagni étaient devenus méconnaissables; la trachée était en outre recouverte jusqu'à sa bifurcation d'un exsudat diphtéritique. Enfin Mackenzie relate la description d'une préparation prise sur un malade mort de scarlatine, où la muqueuse du larynx était recouverte d'une couche membraneuse très mince; on constatait de plus une ulcération qui laissait tout le cartilage aryténoïde à nu.

La mort peut être occasionnée par la rupture de gros vaisseaux ou encore par un œdème aigu du larynx consécutif à l'albuminurie habituelle dans ces cas.

Quant au traitement des complications laryngiennes au cours

de la scarlatine, il se confond avec celui de l'affection elle-même; localement vous ne pourrez songer à agir que pour prévenir l'asphyxie, au moyen de la trachéotomie.

3° — Variole.

SOMMAIRE. — Le larynx est atteint au moment de l'éruption. — Aspect de ces lésions. — Anatomie pathologique. — Existe-t-il des pustules laryngées? — Œdème aigu; ulcérations; périchondrites. — Symptômes : douleurs, troubles de la voix, de la toux et de la respiration; la mort subite et rapide est possible. Examen laryngoscopique. — Marche. — Le diagnostic est facile. — Le pronostic sérieux. — Traitement : œdème; abcès. Difficultés possibles de la trachéotomie.

Les complications de la variole apparaissent à deux périodes différentes de la maladie. Pendant la première, elles consistent en une pustulation plus ou moins abondante mais discrète de la muqueuse vocale, tandis qu'à une période plus avancée, les complications se traduisent par de l'œdème et des ulcérations.

Le larynx paraît en effet demeurer indemne pendant la période prodromique de l'affection; il serait d'ordinaire affecté entre le troisième et le sixième jour, à dater de l'apparition des pustules sur la peau.

La variole semble frapper l'organe vocal dans presque tous les cas. A ce sujet les statistiques de Rühle et d'Eppinger sont fort instructives. Ainsi le premier de ces auteurs rapporte que sur 54 autopsies d'individus morts de la petite vérole, jamais le larynx ou la trachée n'ont présenté un aspect normal; de même Eppinger, dans la dernière épidémie de Prague, aurait trouvé dans chaque cas, sinon de véritables pustules, tout au moins des altérations de la muqueuse.

L'existence de ces éruptions a du reste été reconnue depuis déjà longtemps, puisque Cottugnio (cité par Sigaud dans son travail inaugural de Strasbourg 1818) avait rassemblé de nombreux cas d'éruption pustuleuse variolique dans les voies aériennes, et M. Sestier, dans son travail sur la laryngite œdémateuse, en signale également des exemples.

Permettez-moi, avant d'étudier les symptômes fonctionnels, de vous exposer d'abord l'anatomie pathologique des altérations laryngées que vous pourrez rencontrer ici, pour faciliter ensuite notre tâche, puisque l'aspect de l'organe vocal se trouvera décrit par le fait.

Anatomie pathologique. — Peut-on dire que, dans le cours de la variole, il se forme une éruption pustuleuse du côté de l'organe vocal? Les avis sont à cet égard très partagés; il est vrai cependant que Türck, Neumann, Krishaber et bien d'autres ont signalé des exemples de ce genre que nous ne pourrions, étant donné l'autorité de ces auteurs, révoquer en doute. E. Wagner déclare aussi avoir, sur 170 cas de variole, trouvé 144 fois des pustules dans le larynx. Mais d'un autre côté, nous devons citer aussi les constatations de Rühle qui sur 54 autopsies aurait simplement vu çà et là des excroissances papuleuses. Eppinger dit qu'il s'agit là de *pseudo-pustules*, ces éruptions, au point de vue histologique, n'offrant pas le véritable caractère des pustules. Quoi qu'il en soit, et si l'on veut avec nous admettre l'existence de ces dernières, nous dirons qu'elles sont constituées par le soulèvement de la couche de cellules cylindriques épithéliales. Le pus décolle la muqueuse, dont la couche superficielle infiltrée ne tarde pas à se rompre pour donner issue au liquide qu'elle contient.

On a même dit (Gottstein) que de petits foyers purulents, dépouillés de la couche épithéliale, avaient été pris pour des pustules. Leur siège est absolument sous-épithélial, a-t-on fait

remarquer, et il peut être situé plus profondément, mais jamais sur la membrane même. Ce sont tout simplement de petits abcès miliaires métastatiques ou septiques, se montrant au niveau des points où s'est déjà produite l'infection et pouvant devenir la cause de destructions organiques très profondes.

Les pustules et les petits abcès ne sont pas les seules lésions qu'on puisse constater dans la variole du côté de l'organe vocal. On trouve encore d'autres altérations que je crois utile de vous signaler ici. .

Vous verrez parfois apparaître presque d'emblée des infiltrations séreuses abondantes (œdème des replis ary-épiglottiques).

L'éruption variolique, quelle que soit du reste sa nature, produit aussi, chez quelques malades, une desquamation épithéliale qui détermine une perte de substance ayant pour résultat la formation de petites ou de grandes ulcérations.

On observe encore des écoulements de sang surtout fréquents dans la forme hémorragique de la variole et se produisant soit au niveau des pustules elles-mêmes, soit dans le tissu sous-muqueux.

Enfin les ulcérations superficielles au début, gagnent, dans certains cas, le périchondre dont elles provoquent l'inflammation. D'après Eppinger, les choses se passeraient ainsi, lorsqu'il s'agit d'abcès septiques Toutefois la périchondrite peut aussi succéder à une inflammation diffuse du tissu sous-muqueux sans modification primitive de la couche superficielle. En pareil cas, il se formera souvent de vastes foyers d'abcès gangréneux et les divers cartilages du larynx seront frappés de nécrose, partiellement ou en totalité. Toutes ces lésions laisseront, comme vous le supposez, à leur suite, des altérations graves telles que l'ankylose, la sténose, etc.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels varient avec

le siège et la nature de la lésion. Existe-t-il une série de pustules épiglottiques, le malade éprouvera une douleur vive lors de la déglutition à vide, ou en avalant des liquides et des aliments. Cet acte physiologique est également difficile et même très douloureux, dans les cas de périchondrite ou d'ulcérations étendues.

La palpation externe est aussi, dans ces cas, fort pénible au malade.

Comme on observe très fréquemment dans la variole une *inflammation diphtéritique* du pharynx, un des symptômes les plus constants dans toutes les manifestations varioleuses du larynx serait, d'après M. Gottstein, l'*altération de la voix*.

Dans les cas de lésion de la région inter-aryténoïdienne, des bandes ventriculaires ou des cordes vocales, et surtout si le chaton du cricoïde est atteint, on observe de l'enrouement, de la raucité et même de l'aphonie.

La toux, suivant presque toujours les modifications de la voix, peut être normale, rauque ou aphone.

L'état de la respiration est rigoureusement subordonné au degré d'ouverture ou de sténose de l'orifice glottique. S'il existe un gonflement inflammatoire ou une suffusion séreuse suffisamment considérables pour obturer l'entrée des voies aériennes, on voit alors survenir des accès de suffocation que l'on retrouve à un très haut degré dans les nécroses du cricoïde par suite de l'effondrement de la charpente du larynx.

La parésie ou même la paralysie musculaire qui se manifestent dans certains cas, seraient, de l'avis de Rühle, le résultat de l'envahissement des muscles par le processus œdémateux. M. Mackenzie ayant constaté deux fois une paralysie permanente des adducteurs de l'une des cordes vocales, émit alors l'hypothèse qu'il s'agissait vraisemblablement d'une lésion diphtéritique. Il est aussi possible d'admettre que la perte du mouvement pouvait être le résultat d'une ankylose ou d'une arthrite crico-aryténoïdienne.

Enfin, dans quelques cas, la mort presque subite est possible; elle est due généralement à une suffusion séreuse, rapide et presque foudroyante. Trousseau en rapporte trois cas dans ses Cliniques.

L'examen laryngoscopique, que vous pratiquerez le plus souvent possible, vous révélera, dans les cas légers, une injection profonde de la muqueuse qui paraîtra légèrement tuméfiée et recouverte de mucus.

Par places, vous distinguerez des changements de coloration qui, bien limités, représentent, d'après Eppinger, de l'épithélium nécrosé. Souvent encore, la muqueuse offrira un aspect irrégulier et granuleux. Grâce au miroir, vous vous rendrez un compte exact de l'existence des pustules, des ulcérations, des hémorragies, etc., dont vous pourrez déterminer et l'étendue et le siège précis. Enfin, c'est encore un excellent moyen pour reconnaître l'inflammation diphtéritique, les périchondrites, les parésies, les paralysies et les sténoses qui peuvent venir compliquer dans le larynx le processus varioleux.

Marche. — La marche de l'affection diffère suivant qu'on a affaire à des pustules, des ulcérations, des abcès ou à une nécrose. S'agit-il d'une manifestation du début, il est alors habituel de voir la pustule suppurer et se cicatriser assez rapidement. Si, au contraire, vous vous trouvez en présence d'œdème, d'abcès ou d'ulcérations, l'affection locale pourra alors survivre à la variole et la mort survenir. C'est qu'en effet, dans ces cas, loin d'être avantageuse, la trachéotomie elle-même peut provoquer l'effondrement de la charpente laryngienne si le couteau vient à porter sur des cartilages nécrosés ou abcédés. Il faudrait, si le cas pouvait être prévu, faire une trachéotomie aussi bas que possible pour tomber sur des anneaux sains.

Diagnostic. — Je n'ai pas à insister sur la question du diagnostic que l'existence même de la variole permettra d'établir sûrement. Quant à la nature de la complication, vous la reconnaîtrez par l'examen laryngoscopique, qui deviendra indispensable à ce moment, pour suivre et pour traiter les altérations de la muqueuse vocale.

Pronostic. — Le pronostic est très sérieux, car de l'existence de complications laryngées, il faut induire qu'il s'agit d'une variole grave capable de se généraliser aux organes respiratoires. Quant au croup de la variole, sa malignité ou sa bénignité dépendraient de la nature même de l'épidémie (Rühle); Lœri considère la diphtérie comme une très mauvaise complication de cette fièvre éruptive. Les ecchymoses indiqueraient une dyscrasie sanguine avec décomposition du sang et seraient de ce fait d'un pronostic défavorable.

Traitement. — La variole du larynx se borne-t-elle à une pustulation discrète, il suffira alors de surveiller le malade et de lui prescrire quelques inhalations chaudes qui serviront à favoriser l'évacuation du pus au dehors.

S'il existait des abcès, vous les traiteriez comme je vous l'ai dit en exposant l'étude de cette affection. Gottstein conseille, lorsque de larges épanchements sanguins se sont produits et occasionnent des troubles respiratoires sérieux, de pratiquer de petites scarifications avec le couteau caché, la même manœuvre serait utile pour combattre l'œdème et la périchondrite avec suffusion purulente sous-muqueuse.

A la moindre menace de suffocation, n'hésitez pas à pratiquer la trachéotomie; vous pourrez même, si d'après l'examen du larynx vous craignez la suffocation rapide, agir préventivement. N'oubliez pas, au préalable, de bien vous assurer de l'état des cartilages, afin de ne pas vous exposer à des

accidents qu'un examen attentif de la région vous eût peut-être permis d'éviter. Enfin, ayez soin d'inciser lentement la partie où doit être placée la canule, pour bien juger encore une fois de l'état des cartilages que vous allez ouvrir et donner ainsi un accès à l'air dans les poumons.

4° — Fièvre typhoïde.

Sommaire. — Historique; Fréquence: — Quelques mots de statistique. — Étiologie: La pathogénie est complexe; opinion de quelques auteurs. — De la diphtérie secondaire. — Symptomatologie: Forme érythémateuse, ulcéreuse; œdème aigu, examen laryngoscopique; la forme diphtéritique est rare, elle n'offre aucun caractère distinctif; forme myopathique. — La marche et la durée varient avec la nature de la complication; le diagnostic est facile; le traitement sera prophylactique ou curatif; utilité de la trachéotomie et ses dangers.

Historique. — Sous le nom de laryngo-typhus, les auteurs allemands confondent avec les complications laryngées de la fièvre typhoïde, celles du typhus exanthémateux; de même qu'ils confondent avec la diphtérie proprement dite, la diphtérie secondaire de la fièvre typhoïde.

Les complications laryngées de la dothiénentérie ne sont guère connues que depuis le commencement de ce siècle. Tous les auteurs s'accordent à faire remonter à Bouillaud et Cruveilhier (1825) les premières descriptions qui en aient été données. Cependant M. Chaumel (1877), dans son excellent travail sur ce sujet, fait remarquer que Bayle (1808) en avait déjà parlé; après eux, on peut citer parmi les plus connus Trousseau et Belloc, Chomel, Louis, Hardy, Millard, Hérard, Cornil, Caisso, Lacaussade, etc., etc., qui ont tous rapporté

des faits de complications laryngées consécutives à la fièvre typhoïde.

Sestier, dans son mémoire bien connu, publie des observations d'œdème de la glotte ; puis Charcot et Dechambre ont discuté, dans leur article sur ce sujet, les cas signalés par Rokitansky. En 1878, parut un travail de Koch sur les laryngosténoses, et deux ans après (1880), Blaising s'occupait à son tour de la question. Enfin je vous signalerai un mémoire récent de M. Tissier, dans lequel sont passés en revue les travaux antérieurs. Notons encore, pour ne citer que les principales, des études faites sur le même sujet en Allemagne par Niemeyer, Rokitansky, Dittrich, Griesinger, Haller, Frey, Kuhn, Türck, Czermak, Wunderlich, etc., etc.

Fréquence. — Les auteurs admettent que les complications laryngées de la fièvre typhoïde dépendent tout à la fois et de l'époque saisonnière, et de la nature des épidémies. Quelques-unes de ces dernières seraient totalement indemnes de complications, tandis que d'autres auraient le triste privilège d'e être constamment accompagnées. Ainsi dans une épidémie de fièvre typhoïde qui eut lieu à Lyon en 1876, Mollière signale d'assez nombreuses manifestations du côté de l'organe vocal, tandis qu'au contraire, elles étaient fort rares à Paris la même année. Elles furent, au dire de Brandt, très fréquentes en 1870, dans l'armée allemande où beaucoup d'hommes seraient morts de cette affection. Il est juste en effet de remarquer que ces lésions s'observent principalement chez les soldats en campagne; souvent très débilités, ils n'offrent pour ainsi dire aucune résistance; M. Charcot croit qu'elles sont plus fréquentes dans les épidémies graves, et se rencontrent plus souvent dans les hôpitaux que dans la pratique civile.

Nous venons de traverser récemment à Bordeaux une épidémie pendant laquelle il serait, je crois, fort difficile d'établir la fréquence des complications laryngées, étant donné le peu

d'attention que l'on dirige du côté de l'organe de la voix, à moins de symptômes graves, forçant le médecin à s'occuper de cette région.

Louis, dans son travail, avait déjà admis que les troubles observés dans la fièvre typhoïde, pendant ou après, s'élevaient à 20 %. Griesinger estimait qu'ils atteignaient le chiffre de 26 %. Il fait aussi une distinction entre les hommes et les femmes; ainsi, pendant que ces dernières ne seraient frappées que dans une proportion de 20 %, les hommes, au contraire, paieraient un tribut de 30 %. Nous pouvons rapprocher de ces statistiques celle de Zülzer qui déclare que chez 20 % des typhiques décédés, on trouve des ulcères du larynx. Heinze, d'autre part, n'a trouvé sur 113 cas de fièvre typhoïde soumis à l'autopsie à l'Institut pathologique de l'Université de Leipzig que 13 cas, soit 11,5 %, dans lesquels il y avait des altérations de la muqueuse. Rühle nous apprend encore que sur 180 morts par typhus exanthémateux, 17 fois il constata des affections du larynx, soit près de 9,5 %. Ces faits se répartissaient de la manière suivante : 5 catarrhes aigus, dont 3 avec érosions en forme de crevasses au niveau des cordes vocales inférieures et 2 avec infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu enflammé. Six fois, on trouvait des laryngites croupales avec diphtérie des organes respiratoires, associée à une affection analogue de la gorge; dans 5 cas, il y avait des ulcérations par nécrose, et dans un autre de l'œdème du ligament ary-épiglottique gauche provoqué par une tuméfaction du côté gauche de la parotide. Nous sommes en droit de contester dans une certaine mesure la légitimité de ces chiffres, car seules les altérations assez prononcées persistent après la mort, alors que les plus légères ont en général disparu au moment où l'on pratique l'autopsie.

Les complications apparaissent en général à des époques

variables dans le courant du deuxième ou du troisième septénaire. Certains auteurs auraient même observé des manifestations laryngées dès le onzième jour de la maladie. Mais en thèse générale elles semblent ne survenir que tout à fait à la fin du second septénaire; d'autres fois, on ne les observerait qu'au moment de la convalescence. C'est l'opinion de M. Murchinson. Blaising, dans ses statistiques, a relevé des manifestations laryngées, 29 fois pendant l'évolution de la fièvre typhoïde et 12 fois pendant la convalescence. Il a divisé les lésions constatées en : érythémateuses, diphtéritiques, ulcéreuses et nécrosiques. Sur 99 cas, il aurait trouvé :

Erythème..........................	13 fois
Diphtérie..........................	12 »
Ulcérations........................	41 »
Nécroses...........................	33 »

Or, si l'on réunit, comme il me paraît convenable de le faire, les ulcérations et les nécroses, on a ainsi 74 cas de lésions ulcéro-nécrosiques.

Étiologie. — Pathogénie. — Comme étiologie des complications laryngées de la fièvre typhoïde, on a invoqué la nature épidémique de la maladie, le manque de soins hygiéniques, le froid, les efforts vocaux antérieurs à l'affection ou contemporains; le sexe masculin y semblerait aussi plus prédisposé, à cause peut-être de la nature de ses occupations.

La pathogénie de ces complications est loin d'être élucidée d'une façon complète. Les théories les plus diverses ont en effet été émises à cet égard. Ainsi pour Bouillaud et Cruveilhier, il s'agirait purement et simplement d'une inflammation de la muqueuse vocale analogue à celle des gencives, de la langue et de l'arrière-gorge.

Rokitansky admet une infiltration typhoïde dans l'épaisseur des tissus. « Le typhus du larynx, disait cet auteur, est en quelque sorte la terminaison du typhus abdominal. » Pour Louis, il s'agirait d'un virus spécial; Wunderlich pensait que la desquamation générale pouvait se localiser au larynx. Haller et Koch croyaient que par suite du décubitus dorsal, il se produisait dans l'arrière-gorge une accumulation des sécrétions qui, par leur décomposition, déterminaient des ulcérations caractéristiques. Mais cette théorie pèche par la base; car les ulcérations n'existent pas toujours à la partie postérieure de la gorge, et d'après cette opinion, ce devrait être la règle générale. D'autres ont admis qu'il se passait, du côté du larynx, des phénomènes identiques à ceux qu'on observait du côté du tube intestinal; et Wissemann, dans sa thèse, a insisté sur l'analogie existant entre le larynx et l'intestin, analogie que M. Coyne, avant cet auteur, avait très bien établie dans sa thèse inaugurale. Wissemann, comme Mandl et Virchow, a admis une production lymphatique avec nécrose.

Cette théorie séduisante, basée sur des données anatomiques, a l'inconvénient de présenter des contradictions très sérieuses. En effet, les follicules clos ne siègent qu'au-dessous de la couche épithéliale et les lésions sont rares au niveau des ventricules de Morgagni et des cordes vocales, points dans lesquels existent principalement ces follicules. Feltz a pensé qu'il pourrait s'agir d'embolies capillaires produisant des nécroses avec gangrène et sphacèle; il cite même des observations à l'appui de cette théorie, qui pourtant n'explique pas les affections primitives des cartilages, aussi ne saurait-on la généraliser. Devons-nous en dernier lieu admettre la présence d'un microbe? La chose est fort probable.

Les pseudo-membranes diphtéritiques que l'on observe parfois dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, sont constituées non par des exsudats diphtéritiques particuliers

comme le voulait Rokitansky, mais bien par une véritable diphtérie pseudo-membraneuse, dont la pathogénie est du reste fort difficile à élucider; peut-être s'agit-il d'un état épidémique. Cette diphtérie ne serait néanmoins, selon toute probabilité, qu'une simple prolifération de la couche superficielle de l'épithélium desquamé avec ou sans ulcération.

Cette diphtérie que l'on doit considérer comme *une affection secondaire de la fièvre typhoïde*, donne également lieu à des lésions ulcéreuses. Eppinger, qui a fait à ce sujet des recherches anatomiques, admet que les couches membraneuses que l'on a observées ne sont pas des produits d'exsudation, mais sont constituées par une substance épithéliale métamorphosée par nécrose et parsemée d'amas de micrococci. Or, ce sont ces micrococci qui, d'après cet auteur, joueraient un rôle actif dans le processus ulcéreux. En effet, en pénétrant en profondeur, ils détermineraient des couches successives de nécrose et ainsi serait constituée l'ulcération. Il donne à cette dernière le nom d' « ulcère septique » qui peut se combiner avec l' « ulcère typhoïde » et provoquer ainsi des lésions considérables.

Ces deux catégories d'ulcérations étant admises, la périchondrite ne serait que le résultat de leur action; cependant, par exception, l'inflammation pourrait débuter par le périchondre et donner lieu à la formation d'un abcès qui s'ouvrirait dans le larynx ou au voisinage.

Symptomatologie. — Les manifestations laryngées de la fièvre typhoïde se montrent sous des formes diverses qui sont à peu près les suivantes : 1° forme érythémateuse; 2° forme ulcéreuse, pouvant elle-même se subdiviser en : *a*, nécrosique d'emblée, et en *b*, nécrosique secondaire ou consécutive; 3° la forme diphtéritique; 4° enfin la forme myopathique.

1° *Forme érythémateuse.* — On observe ici tous les symp-

tômes de la laryngite catarrhale aiguë : sensation de cuisson et de brûlure à l'arrière-gorge, grande difficulté et douleur pour avaler à vide.

Du côté de la voix : enrouement et raucité. La toux est nulle ou à peu près; cependant elle peut être sèche, quinteuse, spasmodique. Tous ces symptômes variant, du reste, avec l'intensité de l'affection générale.

Si l'on pratique l'examen laryngoscopique, on observe de la desquamation générale de la muqueuse laryngée, principalement l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et aussi les cordes vocales, surtout à leur partie supérieure. Toute la couche superficielle de l'épithélium est enlevée. On constate quelquefois des mucosités noirâtres ou grisâtres foncées qui se déplacent pendant les efforts de toux et se distinguent ainsi des ulcérations. Le larynx paraît sec, presque vernissé, offrant un aspect assez analogue à celui de la muqueuse des fosses nasales et du pharynx à cette période de la maladie.

M. Chaumel a comparé l'épiglotte des typhiques au gland en érection, mais il faut dire que cet opercule, quoique rouge et finement granulé, n'est cependant pas tuméfié d'une manière très notable.

La laryngite érythémateuse survient d'ordinaire dans le cours de la fièvre typhoïde. Elle correspond à la forme catarrhale des auteurs allemands; et, d'après eux, s'observerait dans la première ou la seconde semaine de la dothiénentérie. Le *catarrhe* du larynx, dans un cas observé par Lœri, formait avec l'hypertrophie de la rate, des troubles cérébraux légers et la courbe de la température particulière à cette affection, le seul symptôme de l'affection. Ce catarrhe s'accompagne d'une sécrétion abondante amenant la chute de l'épithélium et la production d'ecchymoses ou de petites érosions.

2° *Forme ulcéreuse.* — L'apparition des érosions se trans-

formant bientôt en ulcérations, constitue le deuxième stade des complications laryngées de la fièvre typhoïde ou « forme ulcéreuse ». Celle-ci s'observe dans le courant ou vers la fin du deuxième septénaire, parfois même dans le troisième. D'après Eppinger, cité par Gottstein, les érosions apparaîtraient particulièrement sur les bords latéraux de l'épiglotte. Elles seraient, suivant l'opinion d'Eppinger, déterminées par la rupture de la muqueuse sous l'influence du processus œdémateux qui accompagne le catarrhe, et cette solution de continuité atteindrait surtout les bords de l'épiglotte, parce qu'à ce niveau, la muqueuse adhère fort peu au cartilage. En outre, le suintement du liquide provenant de l'œdème provoquerait une rétraction des bords de cette membrane avec dénudation du cartilage qui serait de la sorte exposé à l'usure.

Il existe peu ou point de symptômes fonctionnels, parfois un peu de douleur à la pression au-dessus du larynx, et dans d'autres cas cette région est tout à fait indolore.

Les troubles vocaux sont en rapport avec le siège, l'étendue et la nature de la lésion. Si celle-ci porte sur la partie postérieure du larynx, au niveau du chaton du cricoïde notamment, ou sur les parties latérales, on observera de l'enrouement, de la raucité et parfois de l'aphonie complète.

Les troubles respiratoires pourront être légers, ou faire même totalement défaut ; mais s'il existe de l'œdème des replis ary-épiglottiques obstruant l'entrée du larynx, alors apparaît une dyspnée considérable avec accès de suffocation. Dans d'autres cas, la tuméfaction ou les abcès de la région aryténoïdienne engendrent de la sténose respiratoire avec tous les troubles qui en sont la conséquence. La toux sera nulle, ou d'autres fois rauque. L'expectoration est variable suivant l'étendue de la lésion ; peu abondante et simplement muqueuse, si les cartilages sont envahis elle deviendra purulente avec

stries sanguinolentes. Fréquemment aussi l'haleine est fétide et l'on voit même se produire de véritables vomiques de pus dans les cas d'abcès ou de phlegmon du larynx.

A l'examen laryngoscopique, vous constaterez, au début, des érosions de la muqueuse siégeant sur l'épiglotte, ou dans la région aryténoïdienne. Tout d'abord ce sont des pertes de substance arrondies, ovalaires ou longitudinales, très irrégulières, avec des bords flasques, frangés ou épais et infiltrés. De couleur grisâtre, terne, ces ulcérations ne tardent pas à s'étendre, formant de véritables cratères avec des bords anfractueux et taillés à pic. D'autres fois des lésions de la muqueuse plus profondes sont recouvertes de détritus blanchâtres ou gris-blanchâtres accompagnés ou non d'œdème.

En un mot vous pourrez rencontrer les altérations les plus graves de la muqueuse et des cartilages du larynx. Les abcès creusent souvent dans les tissus de cette région des cavités profondes et anfractueuses au fond desquelles le cricoïde, le thyroïde ou les autres cartilages sont plus ou moins altérés par la carie ou la nécrose. MM. Dittrich, Cruveilhier, Bouillaud, Sestier, Trousseau et beaucoup d'autres ont étudié ces lésions sérieuses de la charpente du larynx. Il ressort nettement de ces études que le cricoïde est le plus souvent atteint, et après lui l'aryténoïde, puis le thyroïde et l'épiglotte. C'est, habituellement pendant la convalescence qu'apparaissent ces altérations profondes, dont la sténose laryngée est la conséquence à peu près immédiate.

3° *Forme diphtéritique.* — M. Sanné, dans son *Traité de la diphtérie*, la considère comme peu commune dans la dothiénentérie, puisque sur 1,456 cas il n'a recueilli que 246 observations de diphtérie secondaire, parmi lesquelles 8 fois seulement l'affection était consécutive à la fièvre typhoïde. M. Mollière l'a rencontrée 6 fois sur 234 malades pendant

l'épidémie de Lyon (1876), et M. Libermann pense qu'on la trouve à peine 1 fois sur 100 malades.

Elle se présenterait au plus tôt dans la troisième semaine de la maladie et se signalerait par la minceur de la membrane formée. Nous avons vu dans la pathogénie comment elle pouvait donner lieu à une poussée ulcéreuse.

La maladie n'offre pas de caractères particuliers, le cortège symptomatique dont elle s'accompagne étant celui de la diphtérie en général.

Dans la forme diphtéritique la dyspnée n'est pas très considérable, car les néomembranes sont très peu développées et d'autre part la moelle a perdu la plus grande part de son irritabilité.

4° *Forme myopathique.* — La *forme myopathique* se manifeste dans la convalescence de la fièvre typhoïde ou après sa guérison. Elle consiste en altérations musculaires momentanées ou au contraire en paralysies définitives par atrophie ou dégénérescence de l'un ou de plusieurs des groupes de muscles du larynx. Lœri, qui a aussi constaté des paralysies, admet qu'elles peuvent n'intéresser que des muscles isolés ou bien tous ceux d'un seul côté. Il serait très rare de voir les troubles de la motilité s'étendre en même temps à tout l'organe vocal. La paralysie pourrait atteindre aussi le voile du palais et le pharynx. Webeer et Koch ont rapporté des faits dans lesquels la lésion intéressait les crico-aryténoïdiens postérieurs, occasionnant des menaces de suffocation et nécessitant l'ouverture des voies aériennes.

Les troubles de la voix sont variables suivant les muscles paralysés. Chaumel signale un cas d'aphonie observée par M. Cornil, dans lequel l'autopsie ne révéla absolument aucune altération de la muqueuse; ce symptôme était évidemment la conséquence de troubles musculaires. Libermann, Türck,

Morell-Mackenzie et quelques autres admettent qu'il s'agit de paralysie des constricteurs, notamment du thyro-aryténoïdien. S'il faut en croire la description de Libermann et si l'on admet le défaut de rapprochement des cordes vocales en dedans, il s'agirait alors de la paralysie de tout un groupe musculaire.

Marche. — La forme érythémateuse disparait avec la maladie générale qui en détermina l'éclosion. Parfois, le catarrhe laryngien du début provoque l'apparition d'accidents plus graves et d'ulcérations ou même du vrai laryngo-typhus. La forme ulcéreuse est à ce point redoutable, que certains auteurs ont absolument renoncé aux moyens de traitement ordinaires, et cependant il ne faut pourtant jamais négliger d'intervenir, car il est généralement possible de sauver les sujets atteints de ces altérations graves.

Durée. — La durée est très variable; certaines formes s'évanouissent presque dès leur naissance. D'autres au contraire, survenant tardivement vingt jours, un mois ou deux même après le début de l'affection, ont de la tendance à persister fort longtemps.

Complications. — La laryngite ulcéro-nécrosique s'accompagne assez fréquemment d'œdème et de phlegmon. Souvent les infiltrations séreuses (œdème aigu du larynx ou des replis ary-épiglottiques) emportent les malades, et souvent aussi elles déterminent l'apparition de phlegmons diffus avec gangrène de la muqueuse. Cette dernière peut elle-même être suivie de pneumonie septique très redoutable comme conséquence.

Signalons encore parmi les complications les plus sérieuses : les sténoses temporaires ou définitives et les ankyloses aryténoïdiennes consécutives aux périchondrites ou arthrites de cette région.

Diagnostic. — Le diagnostic est parfois très facile, mais il présente aussi, dans certains cas, une difficulté presque insurmontable, par suite du gonflement des parties. Les troubles vocaux que nous avons signalés plus haut, la dysphagie et les désordres respiratoires devant attirer l'attention vers le larynx.

On sera également mis en éveil par la présence d'une inflammation catarrhale ou diphtéritique du pharynx.

Dans le typhus exanthémateux, les lésions de la muqueuse vocale, beaucoup plus rares, ne sont jamais accompagnées d'altérations aussi profondes que dans la fièvre typhoïde. Enfin, l'examen laryngoscopique pratiqué dans le cours de la dothiénentérie, permettra presque toujours de constater *de visu*, l'étendue de lésions parfois très graves et sur lesquelles j'ai suffisamment insisté pour n'avoir pas à y revenir.

Pronostic. — Le pronostic offre une gravité d'autant plus grande, que la maladie revêt une intensité plus considérable. Nous avons appris, en effet, que l'œdème pouvait occasionner la mort dans le cours de l'affection et que les sténoses constituaient une lésion très grave.

Vous ne devrez pas oublier, dans le cours de la maladie, de vous entourer des précautions les plus grandes. M. Wissemann, et avec lui plusieurs auteurs, admettent que, grâce aux moyens prophylactiques, on pourra maintes fois éviter de très sérieuses complications. C'est ainsi qu'il faudra veiller à ce que les malades évitent tout refroidissement, celui-ci déterminant l'éclosion de la laryngite ulcéreuse, même à l'époque de la convalescence.

Traitement. — Le traitement des altérations laryngées consécutives à la fièvre typhoïde ne laisse pas que de présenter de très sérieuses difficultés. Il peut, du reste, varier suivant les formes observées.

Dans les catarrhes légers, vous prescrirez des astringents, et de préférence, les fumigations ou inhalations émollientes et antiseptiques, faites dans la chambre ou sur le lit du malade.

Si vous êtes en présence d'ulcérations extra-laryngées, les simples pulvérisations à l'acide phénique, au benzoate de soude, à l'hydrate de choral, à l'acide borique, etc., vous rendront quelques services. Voici, par exemple, une formule qui conviendrait parfaitement à ces sortes de lésions.

Pulvérisations avec :

Acide borique	5	grammes.
Hydrate de chloral.........	2	—
Glycérine.................	50	—
Eau...	450	—

L'acide borique sera remplacé par du benzoate de soude, du borax ou de l'aluminium acéto-tartaricum, médicament préconisé par M. Max Schæffer (de Brême), et qui constitue, en effet, un excellent topique.

De même, les gargarismes pourront, à eux seuls, modifier la lésion si le malade est à même d'employer ce mode de traitement.

Dans les cas d'œdème de la muqueuse du larynx, vous ferez sucer de la glace. En un mot, vous emploierez le traitement déjà préconisé à propos de la laryngite œdémateuse aigue. (Voir p. 85.)

Certains auteurs ouvrent sous le miroir les abcès qui auraient pu se former; cette intervention me paraît être celle qu'il convient d'adopter, car elle donne de bons résultats.

Chez les malades atteints d'œdème de la glotte, le seul traitement rationnel, capable d'éviter une terminaison fatale et d'amener la guérison, c'est la trachéotomie. Pratiquée et recommandée depuis déjà longtemps, cette opération doit être faite, même dans les cas où les chances de succès

paraissent peu nombreuses, car elle pare à un accident immédiat, l'asphyxie.

Toutefois, étant donné les nombreux cas dans lesquels on trouve le cricoïde nécrosé, l'ouverture de la trachée devra être pratiquée aussi bas que possible. C'est un point sur lequel M. Koch a insisté avec raison dans son travail. Le décollement de la muqueuse, consécutif à la présence d'abcès, est encore un obstacle à l'introduction de la canule et il peut être bon de ne pas l'oublier à l'occasion.

Il faudra donc, avant de pratiquer la trachéotomie, vous rendre un compte aussi exact que possible, par la palpation externe et par l'examen direct, de l'état de la muqueuse et surtout des cartilages du larynx.

Vous pourrez ainsi savoir en quel point du conduit vous devrez faire porter l'incision pour éviter les accidents redoutables qui suivraient l'introduction de la canule dans des cartilages nécrosés ou cariés.

Une fois le malade guéri, après la trachéotomie, vous aurez à traiter les laryngosténoses consécutives par les moyens ordinaires. Si l'ouverture de la trachée a été faite pour parer à une complication passagère (œdème aigu), une fois le larynx guéri et redevenu libre, vous enlèverez la canule comme si vous aviez eu à traiter une simple laryngite œdémateuse, mais un examen de l'organe devra toujours précéder le retrait du tube trachéal.

5° — Erysipèle.

SOMMAIRE. — Comme complication il est connu depuis longtemps. — De l'érysipèle primitif du larynx. — Pathogénie basée sur la théorie microbienne. — Les symptômes varient avec la forme observée : érythémateuse, phlycténulaire, gangréneuse. — Analogie avec les troubles de l'œdème aigu. — La marche peut être rapide ; le pronostic grave. — Le diagnostic est généralement facile. — Traitement.

L'extension de l'érysipèle aux muqueuses des voies aériennes est connue depuis déjà longtemps, puisque en 1757 Darluc, cité par Mackenzie, s'exprimait en ces termes : « Dans quelques cas la matière morbide s'étendait à la gorge et rendait la déglutition difficile; la voix devenait rauque, il existait une espèce de suffocation. » Mais ce fut seulement en 1862 que M. Cornil, groupant les observations éparses dans la littérature médicale, décrivit nettement dans les *Archives de médecine* de cette époque, les différentes phases de cette manifestation que M. Morell-Mackenzie étudia à son tour en 1882 dans son *Traité des maladies du larynx*.

Poussant plus loin ses investigations, M. Massei, de Naples, publia le premier en 1885, un cas d'*érysipèle primitif* du larynx ; et bientôt après, en 1887, les observations de cet auteur furent confirmées par MM. Fasano, Semon et par M. Bryson-Delavan qui porta en discussion devant la Société de laryngologie d'Amérique (1887) cette intéressante question.

Tout récemment enfin (1888), M. le Dr Hering, dans sa thèse sur le phlegmon nécrotique du larynx, étudie les rapports de cette complication avec l'érysipèle.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Si l'étiologie proprement dite de l'érysipèle du larynx est encore obscure, sa pathogénie semble plus facile à expliquer grâce à la théorie microbienne. Il est

certain que l'organe vocal n'échappe pas aux causes habituelles de l'inoculation et que, moins exposées que la peau, les muqueuses sont par ce fait beaucoup moins souvent atteintes que le tégument externe, sans qu'il existe cependant pour elles d'immunité absolue. Je ne puis mieux faire pour traiter cette question de pathologie que de vous rapporter le résultat des recherches les plus récentes faites sur ce sujet et que nous trouvons exposé dans la thèse de M. Hering : « Les dernières recherches à ce sujet, dit cet auteur, sont dues à M. Pawlowski (de Saint-Pétersbourg), qui s'est appliqué à déterminer non seulement le rapport signalé entre ces deux microbes, mais encore à étudier leur fixité et leur résistance aux diverses substances antiseptiques. La question de priorité dans ces recherches, soulevée dernièrement par Hajek, est en dehors de notre sujet.

» M. Pawlowsky cherche à poursuivre ses investigations bactériologiques non à l'aide de la méthode de Fehleisen, qui consiste à inoculer dans la gélatine de petits morceaux de la peau humaine érysipélateuse, mais en plongeant une anse de platine dans une petite incision pratiquée à la peau atteinte d'érysipèle, pour l'introduire ensuite dans la gélatine stérilisée. Il a obtenu à l'aide de cette méthode des résultats typiques chez les rats blancs, les souris blanches, les lapins, les cobayes et les chiens.

» Des résultats probants ont été obtenus par l'inoculation dans l'oreille d'un lapin inoculé à l'aide d'une aiguille trempée dans ladite culture.

» La rougeur et l'œdème se développaient rapidement, envahissaient l'oreille et se répandaient sur toute la moitié du corps. La température s'élevait jusqu'à 40°; parfois elle atteignait 41°. Après quatre ou cinq jours le processus morbide commençait à décroître et le lapin guérissait presque toujours, sans qu'il se fût produit de suppuration.

» Dans la seconde partie de son travail, Pawlowsky recher-

che si le streptococcus de l'érysipèle produit toujours le même processus typique dans tous les tissus, et dans toutes les conditions, ou si au contraire, en présence des tissus déjà altérés il se produisait de la suppuration ou de la gangrène.

» Dans ce but il appliqua une ligature temporaire en caoutchouc sur les oreilles de quelques lapins ; il lia les veines et les artères de l'oreille. Après avoir, de cette manière, entravé la circulation, il inocula les oreilles à l'aide d'une culture de coccus érysipélateux, mais il n'a constaté ni gangrène ni suppuration.

» L'érysipèle se produisait avec sa forme typique. »

Symptômes. — Ils varient suivant l'intensité de l'affection à laquelle nous pourrons, avec M. Cornil, reconnaître trois formes distinctes : 1° érythémateuse; 2° phlycténulaire; 3° gangréneuse.

Dans la première forme, les symptômes fonctionnels, souvent peu accentués, consistent surtout en une gène légère de la déglutition, sensation de cuisson à l'arrière-gorge, enrouement plus ou moins marqué suivant l'état des rubans vocaux.

Une rougeur diffuse avec gonflement variable de la muqueuse du larynx, partant surtout du niveau de l'épiglotte et de ses replis, constitueront à peu près les seules lésions appréciables au laryngoscope.

Dans la forme phlycténulaire, la tuméfaction œdémateuse pourra devenir assez considérable pour simuler absolument un œdème aigu des replis ary-épiglottiques, et M. Massei exprime même dans son travail, l'avis que bien des faits de laryngite œdémateuse étaient simplement des érysipèles primitifs du larynx. Parfois il est possible de voir se produire, au niveau des parties atteintes, des petites phlyctènes qui très souvent passent inaperçues. Dans cette forme, le gonflement atteint non seulement l'épiglotte et ses replis, mais la

muqueuse vocale tout entière et souvent même celle de la trachée.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de la laryngite œdémateuse, sur lesquels nous n'avons pas à revenir ici (Voir p. 74); les troubles respiratoires atteignant une intensité peu commune, dominent bientôt la scène, nécessitant une intervention rapide et énergique.

La forme gangréneuse ressemble de tous points à la laryngite dite sous-muqueuse, infiltro-laryngée, etc., enfin à ces inflammations dont nous avons déjà parlé à propos de l'œdème aigu du larynx (Voir p. 79); elle est absolument semblable à la maladie décrite récemment (1888) à Berlin, par M. Senator sous le nom de phlegmon infectieux primitif du larynx. Il n'est pas douteux, en effet, qu'il se soit agi dans ces cas, comme l'a supposé M. Virchow, d'érysipèle gangréneux du larynx, de cette affection étudiée par M. Massei dont l'auteur allemand semble ne pas connaître le travail sur ce sujet.

Je n'ai pas à vous décrire en détail les altérations nombreuses et variées que vous constaterez du côté de la muqueuse, ou des cartilages qui composent le larynx; le gonflement œdémateux domine généralement la situation, empêchant souvent de voir l'intérieur du larynx, et c'est sur la table d'autopsie que l'on se rend un compte bien exact de l'étendue et de la profondeur des lésions.

Les troubles fonctionnels sont en rapport avec le siège et la gravité des modifications pathologiques observées.

Les symptômes généraux sont généralement accusés et caractérisés par un frisson violent avec accès de fièvre plus ou moins marquée (39° à 41°), courbature générale, malaise, vomissements, en un mot, tous les symptômes d'une affection grave au début. Bientôt après apparaissent la gêne à l'arrière-gorge, la sensation d'ardeur et de cuisson, les

troubles de la déglutition, l'enrouement, le cornage et toute la série des accidents caractéristiques d'une lésion sérieuse œdémateuse de la muqueuse laryngée.

Rappelez-vous que l'engorgement ganglionnaire fait habituellement défaut si le larynx seul est atteint et l'arrière-gorge saine.

Marche. — Durée. — Terminaison. — L'apparition de la maladie est généralement rapide et sa marche progressive, au point que, souvent en quelques heures, les troubles atteignent une intensité remarquable.

La durée de l'affection est subordonnée à la nature du processus inflammatoire; la forme érythémateuse est celle dont la durée est la plus courte, tandis que l'érysipèle phlycténulaire et gangréneux pourra persister pendant plusieurs jours pour se terminer, soit par phlegmon et abcès et élimination de cartilages nécrosés ou de lambeaux de muqueuse sphacélés, soit par asphyxie et mort rapide du malade, soit enfin par régression et guérison.

Pronostic. — Le pronostic, toujours grave, découle naturellement de ce que nous venons de dire. Il dépend de la nature, de l'étendue et surtout de la rapidité avec laquelle évolue l'érysipèle.

Diagnostic. — Si votre attention est attirée de ce côté, le diagnostic sera généralement facile. L'intensité des symptômes généraux et fonctionnels d'une part, la rougeur plus ou moins vive des parties atteintes, rougeur se propageant la plupart du temps au pharynx, la diffusion des lésions d'une autre, vous permettront de distinguer l'érysipèle primitif d'avec l'œdème aigu simple et également primitif de la muqueuse laryngée. J'excepte, en effet, les érysipèles par

propagation que les lésions cutanées ne permettent guère de confondre avec aucune autre lésion de l'organe vocal.

Traitement. — Le traitement général consistera en l'administration de purgatifs salins de préférence. Comme médication locale, vous prescrirez des fomentations chaudes autour du cou, des applications de sangsues au besoin, des inhalations calmantes, des pulvérisations ou gargarismes phéniqués. Enfin vous n'hésiterez pas à pratiquer l'ouverture des voies aériennes pour parer à l'asphyxie, si vous craignez cette complication redoutable et fréquente de l'érysipèle du larynx.

Je n'insiste pas autrement sur le reste du traitement, qui est celui de la laryngite œdémateuse ou des abcès de cette région (Voir p. 85 et 104); car je me suis longuement étendu sur cette intéressante question en traitant de cette affection.

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON

Complications laryngées de la grippe (Influenza).

Sommaire. — Définition; historique; étiologie. — Complications laryngées, formes diverses; catarrhe simple, symptômes fonctionnels et locaux, rougeur hémorragique de la muqueuse; on peut voir survenir des paralysies et des spasmes musculaires; description de ces troubles. — Gonflement de la région postérieure; ulcérations catarrhales; elles sont assez fréquentes; siège, aspect. Œdème de la glotte. — Le diagnostic est facile, le pronostic ordinairement bénin. — Traitement : il sera général et local.

Messieurs,

Définition. — Nous étudierons sous le nom de grippe, une maladie générale, épidémique, contagieuse et infectieuse, caractérisée par de la fièvre, de la céphalalgie, de la rachialgie, de la courbature et par un affaiblissement total des forces. Elle est souvent accompagnée de phénomènes gastro-intestinaux, et d'un catarrhe des voies respiratoires qui n'a cependant rien d'absolu.

Historique. — Différentes épidémies partielles ont été depuis longtemps déjà signalées par les auteurs. Celle de 1414, qui atteignit Paris, fut particulièrement meurtrière pour les vieillards. En 1557, sous la dénomination de fièvre catarrhale

épidémique, la grippe sévit en France et y fait de nombreuses victimes. Mais la première grande épidémie qui envahit l'Europe entière date de 1580. Dès lors et à diverses reprises, au siècle dernier surtout, et sous les appellations variées de coquette, influence, follette, etc., l'affection parcourt le monde, frappe l'Italie d'où elle nous revient avec le nom d'*influenza*, qui doit en grande partie à son origine étrangère la faveur avec laquelle on l'a accueillie de nos jours. Nous vous signalerons encore les épidémies de 1803, de 1830, de 1833, celle de 1837 remarquable par son étendue, et enfin les épidémies partielles de 1847, de 1860 et de 1870.

Je n'ai pas à vous décrire l'affection désignée sous les noms que je viens de vous indiquer; ses différentes formes (catarrhale, gastro-intestinale et nerveuse) vous étant suffisamment connues. Je me bornerai à vous en rappeler l'étiologie et à étudier les complications qui pourront apparaître dans le larynx, soit au cours de cette maladie, soit comme conséquence de ses atteintes.

Étiologie. — La grippe semble se développer de préférence par les temps froids et humides; certaines conditions atmosphériques ne seraient pas étrangères à sa production, mais elle se montre également dans toutes les saisons et dans tous les climats. Les épidémies marchent en général de l'Est à l'Ouest, et ont une durée moyenne de deux à quatre mois. L'affection atteint tous les âges, tous les rangs de la société; elle parcourt avec la plus grande rapidité des étendues considérables. Elle est à la fois épidémique et contagieuse. MM. Proust, d'Hoste, Ollivier et Peter, ont rapporté des cas de contagion assez nets. Le microbe, qui, vous le savez, domine la pathologie contemporaine, ne pouvait manquer d'être recherché dans la grippe. M. Seifert (de Vienne) a découvert dans les crachats des malades un micrococque en chaînette. M. Bouchard a trouvé trois microbes : le staphylococcus

pyogenes aureus, le pneumocoque et le streptocoque, mais aucun d'eux n'est spécial à l'affection. MM. Vaillard et H. Vincent ont rencontré constamment dans leurs examens un streptocoque assez analogue à celui de l'érysipèle. Ce même microbe aurait été encore vu par M. de Cazal et par M. Ribuert (de Berlin). Quoi qu'il en soit, de nouvelles études sont nécessaires pour trancher cette question, mais il reste acquis que la grippe, par ses caractères malins ou bénins, par sa marche rapide ou lente, par ses localisations diverses, se rapproche manifestement des maladies infectieuses et peut être rangée dans leur classe.

Complications laryngées. — Les troubles laryngés dépendant de la grippe méritent par leur fréquence et quelquefois par leur gravité d'attirer tout particulièrement notre attention. Leur étude est cependant de date récente, et c'est en vain que, parcourant les ouvrages classiques et spéciaux, vous chercheriez la description des diverses lésions qu'elle produit. L'enrouement, la dysphonie, les sensations de picotement au niveau du larynx, en un mot, les symptômes de laryngite sont signalés par les auteurs et par Gottstein en particulier, mais ces praticiens n'ont envisagé et décrit que l'état catarrhal de la muqueuse respiratoire dans ses localisations à l'organe vocal. La vulgarisation et les progrès de la laryngoscopie, en rendant de nos jours plus facile et en même temps plus précise l'observation des faits, permettent dès à présent de créer un chapitre pathologique nouveau, qui résumera, d'après les données fournies par l'épidémie de 1889-90, l'état de nos connaissances sur la question.

De même que l'affection principale se prête peu à une description d'ensemble, de même ses complications laryngées gagnent à être étudiées isolément. Nous vous décrirons donc d'abord le catarrhe de la muqueuse, les paralysies et les

spasmes musculaires, les ulcérations des cordes vocales et l'œdème de la glotte, accidents plus ou moins fréquents observés dans le cours de la maladie.

1° *Catarrhe de la muqueuse.* — Les signes fonctionnels que vous rencontrerez dans ce cas sont ceux d'une laryngite catarrhale aiguë. Nous nous contenterons de vous les rappeler en quelques mots, et sans y insister davantage. Ils vous ont été déjà suffisamment indiqués dans les leçons précédentes (p. 41) pour qu'il devienne inutile d'entrer à leur sujet dans de longues considérations.

Dans les cas légers, les malades se plaindront d'une sensation de sécheresse et de chatouillement du côté du larynx, qui provoque des quintes de toux sèche. A part un peu d'ardeur dans l'arrière-gorge, les phénomènes douloureux sont peu marqués.

Dans les formes plus graves et plus étendues, la toux est incessante et pénible. Elle s'accompagne d'une douleur véritable et d'une intolérable cuisson que provoque l'air inspiré au contact de la muqueuse irritée. La respiration, gênée par suite de l'obstruction nasale, est, du moins chez les adultes, en général assez facile. L'expectoration, nulle au début, se montre plus tard abondante. La voix s'enroue, devient bitonale et peut même s'éteindre tout à fait.

A l'examen laryngoscopique, vous constaterez une rougeur étendue à tout l'organe vocal. L'épiglotte présente une coloration rosée, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires, la région inter-aryténoïdienne sont parfois tuméfiés. Les cordes vocales, recouvertes d'une sécrétion grisâtre et visqueuse, offrent une coloration plus ou moins marquée selon le degré de leur inflammation. Elles se montrent dépolies, arrondies, et cet état est dû, en grande partie, à une légère suffusion séreuse sous-muqueuse. Chez certains sujets, l'hy-

perémie est poussée à un tel point que les rubans vocaux paraissent être le siège d'un érythème scarlatiniforme intense, avec desquamation épithéliale, et, bien que nous n'ayons pas observé le fait chez nos malades, on peut prévoir le cas où poussée à l'extrême, cette congestion deviendrait la cause active d'hémorragies laryngées sous-muqueuses, ou pouvant même se faire jour à l'extérieur. Nous appelons toute votre attention sur cet état érythémateux, se traduisant sur les cordes vocales par un pointillé hémorragique. Nous l'avons rencontré plusieurs fois, longtemps même après le début de la maladie, alors que les symptômes subjectifs se bornaient à un simple enrouement et à quelques quintes de toux nocturne, sans qu'il y eût enfin de phénomènes réactionnels bien prononcés.

Quant aux troubles parétiques, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que l'on constate d'habitude dans les cas de laryngite aiguë.

2° *Paralysies et spasmes de la glotte.* — L'enrouement, la dysphonie, la bitonalité de la voix, l'aphonie sont en grande partie dus à la paralysie ou tout au moins à la parésie des muscles phonateurs. Vous savez déjà que ces désordres sont occasionnés par le défaut de parallélisme et de tension des cordes vocales, par les contractions irrégulières des fibres musculaires qui, atteintes par l'inflammation, sont frappées d'impotence fonctionnelle. C'est ainsi que vous pourrez observer à la suite des lésions des thyro-aryténoïdiens le relâchement des rubans vocaux qui donne à leur bord libre cet aspect ondulé bien connu. Le trouble apporté dans la contraction des ary-aryténoïdiens détermine les symptômes ordinaires en pareil cas, c'est-à-dire un écartement plus ou moins accusé de la glotte inter-cartilagineuse et une aphonie plus ou moins complète.

Mais cet orifice glottique postérieur ne doit cependant pas

toujours être attribué exclusivement à la parésie ou à la paralysie de ces muscles. Le tissu adénoïde qui tapisse l'arrière-gorge se continue depuis la base de la langue et l'épiglotte jusque sur la muqueuse laryngée ; il recouvre les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires, les ventricules, et si les cordes vocales en sont exemptes, on le retrouve encore sous la forme des follicules clos, décrits par M. Coyne, à la région inter-aryténoïdienne où il sert de trait d'union entre le groupe plus important des voies respiratoires supérieures et celui de la trachée et des bronches. Or, la grippe, comme la fièvre typhoïde, — et le fait a été signalé par M. Goureau, — attaque de préférence ce tissu si susceptible chez certaines personnes. Cet auteur n'hésite même pas à localiser en grande partie les lésions anatomiques et l'affection dans le tissu adénoïde dont l'inflammation est, d'après lui, constante. La tuméfaction qui en résulte, et nous avons pu nous en rendre compte, empêche les rapprochements des aryténoïdes et simule une paralysie des ary-aryténoïdiens qui, surajoutée parfois aux troubles de la motilité, contribue pour sa part à fermer l'ouverture glottique postérieure. Les modifications du tissu adénoïde en ce point expliquent donc les altérations souvent profondes de la phonation constatées dans la grippe, alors que la muqueuse laryngée proprement dite paraît relativement saine et n'offre pas des caractères objectifs suffisants pour les justifier.

Parfois, rarement il est vrai, alors que l'organe vocal avait paru peu affecté dans ses différentes parties, il nous a été donné d'observer, en dehors de toute tare nerveuse ou alcoolique, un certain degré de parésie des constricteurs dont la cause nous a échappé. Ces désordres sont-ils d'origine centrale ; existe-t-il localement des lésions que l'autopsie ou l'examen microscopique auraient peut-être révélées ; faut-il les assimiler à ceux que produit la diphtérie et seraient-ils

imputables au poison grippal, nous ne saurions le dire et de nouvelles recherches plus précises sont nécessaires pour trancher la question.

Ces diverses paralysies cèdent assez vite aux moyens thérapeutiques ordinaires ; elles ne se sont montrées longtemps rebelles au traitement que dans quelques cas isolés.

Quant aux spasmes de la glotte, on les rencontre dans les formes bulbaires de la maladie. M. L. Revilliod a rapporté quelques exemples de suppression plus ou moins brusque des fonctions respiratoires. Un de ses malades, qui ne présentait rien d'inquiétant jusque-là, mourut subitement sous ses yeux, comme suffoqué par un spasme glottique, sans que l'introduction d'une canule ait pu le rappeler à la vie. L'autopsie dans ce cas ne révéla aucune lésion grossière capable d'expliquer une mort aussi prompte.

3° *Ulcérations.* — De toutes les manifestations laryngées de la grippe, l'une des plus remarquables est certainement la fréquence des ulcérations des cordes vocales. Les érosions catarrhales étudiées par Krishaber, Mackenzie, Schnitzler, Hering, E. J. Moure, etc., ont été décrites par ces auteurs comme l'une des rares complications des laryngites.

Gottstein a rappelé leur fréquence dans les maladies infectieuses, mais il n'en fait aucune mention à propos de l'affection qui nous occupe. M. Cartaz, dans une communication à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (22 janvier 1890), sur les localisations catarrhales de la grippe sur la gorge, le nez et le larynx, dit avoir constaté une fois la présence d'ulcérations superficielles dans l'espace interaryténoïdien. M. P. Le Noir, de son côté, rapporte quatre observations de lésions de cette espèce qu'il a recueillies dans le courant de l'épidémie. Nous ne doutons pas que des faits de ce genre, consignés par d'autres praticiens, et qui n'ont pas encore été publiés, ne viennent confirmer d'une manière

absolue l'exactitude de ces assertions. Pour notre part, les nombreux cas que nous avons eus sous les yeux à la clinique laryngoscopique sont de nature à entraîner notre conviction.

Les ulcérations dues à la grippe peuvent se rencontrer de préférence avec leur caractère purement catarrhal chez des malades dont la muqueuse laryngée offre un point de moindre résistance, tuberculeux, syphilitiques, herpétiques, etc., chez ceux qui sont atteints de laryngites à répétition, etc., etc.; mais on les trouve, comme nous avons pu maintes fois en juger, avec une fréquence presque égale, chez des personnes indemnes jusqu'alors de toute affection de l'organe vocal.

Dans un premier stade, on aperçoit, à l'examen avec le miroir, de faibles érosions en coup d'ongle, recouvertes d'un exsudat d'un blanc grisâtre et bordées d'un liséré dont la teinte assez foncée tranche sur la coloration rougeâtre des cordes vocales. Tout à fait superficielles, elles n'apparaissent nettement que sous un fort éclairage. Plus tard et si la lésion est plus avancée, cette simple desquamation épithéliale fait place à une ulcération véritable, mais toujours superficielle, localisée, sans retentissement périphérique aucun, d'un volume variable et d'une forme ordinairement arrondie. Ses bords nettement accusés sont formés par une muqueuse enflammée et tuméfiée qui forme une sorte de plateau dont l'ulcération légèrement excavée occupe le centre. Cette dernière est tapissée d'un enduit grisâtre, pultacé et peu adhérent. Ces altérations siègent en général sur le bord libre des rubans vocaux, tantôt à la partie antérieure, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, tantôt encore dans le tiers postérieur presque à la base des aryténoïdes. Dans deux cas seulement et chez des malades d'une exceptionnelle vigueur, elles occupaient toute l'étendue de la corde vocale dont elles découpaient le bord. Nous ne les avons jamais notées dans la région inter-

aryténoïdienne et nous considérons comme siège d'élection les points que nous vous indiquons.

Un autre fait signalé déjà et qui nous a semblé d'une fréquence relative assez grande, est la symétrie de ces ulcérations dont les deux plateaux viennent dans les efforts vocaux se mettre en contact et déterminent en avant et en arrière un double orifice glottique. Cette symétrie tient-elle aux frottements plus actifs d'une muqueuse tuméfiée sur une partie déjà fortement irritée; est-elle le résultat d'une auto-inoculation; se produit-elle sous l'influence de ces causes réunies, nous ne saurions le dire, mais ces diverses hypothèses peuvent également se soutenir. Quoi qu'il en soit, les lésions se montrent d'ordinaire de chaque côté à un stade différent; très accusées d'une part, en voie de formation ou de guérison de l'autre, elles paraissent tantôt se succéder et tantôt évoluer en même temps.

Quelle est la nature de ce processus ulcératif? Vous n'ignorez pas que les inflammations laryngées intenses donnent parfois naissance à des pertes de substance, rares il est vrai, mais d'origine purement catarrhale. La grippe, s'accompagnant elle aussi dans certaines formes d'une vive réaction du côté du larynx, peut par un même processus irritatif occasionner des désordres semblables. Toutefois, comme le dit M. Le Noir, en tenant compte de la fréquence des manifestations infectieuses dans le cours de l'affection, il n'est pas inadmissible de ranger les ulcérations laryngées dans cette dernière catégorie, malgré leur caractère superficiel, qui appartient également à celles du laryngo-typhus. Nous n'avons pas pu nous-même pratiquer l'examen bactériologique qui nous eût seul éclairé à ce sujet; la difficulté de recueillir l'exsudat, l'infection secondaire possible pour les crachats bronchiques, rendent d'ailleurs cette étude extrêmement malaisée et incertaine.

Selon leur profondeur et leur étendue, ces pertes de substance se réparent plus ou moins vite, soit d'elles-mêmes, soit sous l'action du traitement local. Elles guérissent sans laisser de traces. Chez plusieurs malades, elles ont résisté, pendant des mois, au traitement le plus régulier et vous pouvez encore voir à la clinique des malades portant de ces lésions très améliorées mais non complètement guéries. Nous les avons vues cependant, chez un tuberculeux, dont l'organe vocal était resté sain jusqu'alors, se transformer peu à peu et devenir le point de départ de lésions d'une autre espèce servant manifestement de porte d'entrée au bacille de Koch.

4° *Œdème du larynx.* — Bien que les faits d'œdème de la glotte soient exceptionnels, les auteurs étrangers en ont cité quelques exemples. Récemment encore, dans une communication à la Société clinique de Paris, M. de Lostalot rapporte l'observation d'une de ses malades, prise, au cours d'une grippe compliquée de parotidite suppurée, de gêne de la respiration et d'un accès de suffocation qui nécessita une trachéotomie immédiate. Ici l'infiltration paraît avoir été la conséquence de l'inflammation des tissus voisins du larynx. Ce sont d'ailleurs des œdèmes inflammatoires que vous observerez d'ordinaire en pareil cas, soit par propagation et à l'occasion d'une pharyngite suraiguë, soit par suite d'une poussée congestive du côté de l'organe vocal primitivement atteint par l'affection. Il ne paraîtrait même pas impossible d'assimiler certains de ces œdèmes à ceux que l'on rencontre assez fréquemment dans les maladies infectieuses et en particulier dans la fièvre typhoïde. D'ailleurs les sujets les plus exposés à cet accident sont ceux qui sont déjà atteints d'un certain degré de sténose respiratoire consécutive à des altérations syphilitiques et surtout tuberculeuses de la muqueuse ou des articulations. L'œdème de la glotte peut enfin survenir rapidement dans le cours de la grippe, qu'il existe ou non des ulcérations laryngées.

Les troubles de la voix, la géne de la respiration et ses caractères, vous sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de vous les rappeler. Les signes objectifs que vous fournira l'examen laryngoscopique vous feront reconnaître selon les parties lésées une tuméfaction plus ou moins grande de l'épiglotte, une infiltration des replis ary-épiglottiques, des bandes ventriculaires, de la région inter-aryténoïdienne, très rarement des cordes vocales. La muqueuse rouge, tendue, luisante, est soulevée par la suffusion séreuse sous-jacente.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces divers phénomènes qui n'ont rien de particulier; il vous suffira d'être mis en garde contre la possibibilité de leur apparition pour les combattre efficacement s'ils se présentent.

Les différentes complications de la grippe, que nous avons passées en revue, méritent d'autant plus d'être connues qu'elles seront parfois la seule manifestation apparente de la maladie dont elles constituent une forme fruste. Le milieu épidémique dans lequel vous verrez se développer les laryngopathies de cette nature vous mettra alors sur la voie du diagnostic.

Le pronostic en est habituellement bénin. Cependant si l'érythème laryngé disparaît souvent avec l'affection principale, il peut, chez des gens peu soigneux, se prolonger outre mesure, s'aggraver sous des influences minimes, et devenir l'origine de troubles qui compromettent jusqu'à un certain point l'intégrité de l'organe vocal. Les malades ont souvent depuis longtemps repris leurs occupations ordinaires, mais ils conservent des symptômes de laryngite rebelle qui finissent par les inquiéter, et pour lesquels ils viennent réclamer vos soins après un mois, quelquefois deux mois et même plus, d'alternatives de guérison et de rechutes. Si les simples érosions s'amendent vite, il n'en est pas toujours ainsi des ulcérations même légères que nous avons vues pendant près de trois mois résister à tout traitement.

Rappelez-vous encore la possibilité chez les tuberculeux d'une infection secondaire, et les fâcheuses conséquences qu'une poussée congestive, si faible qu'elle soit, détermine toujours dans un organe déjà malade.

Traitement. — Vous devrez tout d'abord, par une médication appropriée, répondre aux indications fournies par l'état général. Les boissons chaudes et émollientes, le bromure et l'aconit, les opiacés à l'intérieur, etc., calmeront les quintes de toux.

Le traitement local vous donnera surtout, dans la plupart des cas, des résultats satisfaisants. Selon le degré d'irritation de la muqueuse laryngée, vous aurez à pratiquer des attouchements au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent, à 1/100, à 1/50 ou à 1/30 même; les badigeonnages cocaïnés vous seront également d'une grande utilité. Vous connaissez les bons effets des inhalations chaudes et aromatiques, mais nous vous recommandons surtout la solution suivante qui par son action décongestionnante et anesthésiante nous a rendu quelques services :

Acide phénique cristallisé	0.60 à 1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne...	0.25 à 0.50 centigr.
Glycérine neutre	50 grammes.
Eau distillée	450 grammes.

que vous donnerez en pulvérisations trois fois par jour, avec le pulvérisateur à vapeur.

La formule suivante répondra aussi parfaitement aux diverses indications :

Acide borique..................	5 grammes.
Résorcine cristallisée............	2 »
Eau de laurier-cerise....	50 »
Eau distillée	450 »

pour pulvérisations pendant 3 à 5 minutes matin et soir ou 3 et 4 fois par jour suivant les lésions observées.

Vous joindrez à ces moyens, contre les paralysies, l'électrisation extra ou intra-laryngée; contre les poussées congestives et œdémateuses, la glace, les sangsues au-devant du cou, les scarifications, et même la trachéotomie si la gêne respiratoire, atteignant une intensité excessive, mettait en danger l'existence du malade.

TABLE DES MATIÈRES

CINQUIÈME ET SIXIÈME LEÇONS

SEPTIÈME LEÇON

HUITIÈME ET NEUVIÈME LEÇONS

DIXIÈME LEÇON

ONZIÈME ET DOUZIÈME LEÇONS

TREIZIÈME LEÇON

QUATORZIÈME, QUINZIÈME, SEIZIÈME ET DIX-SEPTIÈME LEÇONS

DIX-HUITIÈME ET DIX-NEUVIÈME LEÇONS

XXe, XXIe, XXIIe ET XXIIIe LEÇONS ,

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

VINGT-CINQUIÈME ET VINGT-SIXIÈME LEÇONS

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Division du sujet. — Anesthésie. — Hyperesthésie.
Névralgies. — Paresthésie.

XXVIIe, XXVIIIe, XXIXe ET XXXe LEÇONS

TROUBLES DE LA MOTILITÉ

TRENTE-UNIÈME ET TRENTE-DEUXIÈME LEÇONS

XXXIIIe, XXXIVe et XXXVe LEÇONS

XXXVIe, XXXVIIe, XXXVIIIe, XXXIXe ET XLe LEÇONS

TUMEURS DU LARYNX

Elles comprennent deux groupes importants :
Les tumeurs bénignes et malignes.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

XLVe, XLVIe ET XLVIIe LEÇONS

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cᵉ, 16, rue Cabirol.